

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

KARINA DALEPRANI ESPINDULA

**TRABALHADORES DE SAÚDE NO SUS: VÍNCULOS
FRÁGEIS? IMPLICAÇÕES COMPLEXAS?**

VITÓRIA

2008

KARINA DALEPRANI ESPINDULA

**TRABALHADORES DE SAÚDE NO SUS: VÍNCULOS
FRÁGEIS? IMPLICAÇÕES COMPLEXAS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima.

VITÓRIA

2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

E77t Espindula, Karina Daleprani.
Trabalhadores de saúde no SUS: vínculos frágeis? implicações
complexas? / Karina Daleprani Espindula. – 2008.
155 f. : il.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Programa Saúde da Família. 2. Pessoal de saúde. 3.
Condições de trabalho. 4. Políticas, planejamento e administração
em saúde. I. Lima, Rita de Cássia Duarte. II. Universidade Federal
do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU:61

KARINA DALEPRANI ESPINDULA

TRABALHADORES DE SAÚDE NO SUS: VÍNCULOS FRÁGIES? IMPLICAÇÕES COMPLEXAS?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 12 de agosto de 2008.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Ethel Leonor Nóia Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro interno – titular)

Prof.^a Dr.^a Célia Célia Regina Pierantoni
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(Membro externo – titular)

Prof.^a Dr.^a Maristela Dalbello Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro interno – suplente)

Prof.^a Dr.^a Leila Massoroni
Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro externo – suplente)

Ao meu marido, Emerson, e aos meus pais, Inês e Josemar, por todo incentivo, apoio, compreensão e carinho.

A todos os que buscam a melhoria da qualidade do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Mesmo que a finalidade de uma dissertação seja acadêmica e fruto de um trabalho individual e freqüentemente “solitário”, muitos atores vivenciaram esta construção e dela participaram no âmbito acadêmico, pessoal ou familiar, proporcionando-me apoio teórico ou emocional. Por isso, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que, direta e indiretamente, fizeram parte desse meu caminhar.

Em primeiro lugar, a Deus, que em todos os momentos me mostrou o caminho a seguir e a sabedoria para continuar.

Aos meus queridos e amados pais, Inês e Josemar, minhas bases de sustentação: ao meu pai, pelo exemplo de trabalho, determinação e luta por um mundo melhor, e à minha mãe, pela dedicação e pelo apoio incondicional, mas principalmente pelo incentivo durante a minha trajetória acadêmica, apesar de todas as dificuldades e lutas para chegar até aqui.

Ao meu marido, Emerson, que acompanhou diretamente esta caminhada, abrindo mão, muitas vezes, de momentos de diversão, lazer e até mesmo de maior convivência, já que vários finais de semana foram sacrificados para a realização deste trabalho. Obrigada pela sua paciência, pela dedicação e pelo seu amor incondicional.

Às minhas irmãs, Patrícia e Martha, e aos meus cunhados, Luiz e Mateus, pela torcida, pelo apoio e pela paciência principalmente nos momentos de maior estresse.

À minha sobrinha Laís, pela minha ausência em momentos importantes de sua vida em função da realização desta dissertação.

À professora doutora Rita de Cássia, minha orientadora e “desorientadora” de todas as horas, por me acolher e acreditar em meu potencial, pelo acompanhamento e orientação em todas as fases de construção desta dissertação, e por colocar-se sempre à minha disposição nas questões acadêmicas e também pessoais e emocionais.

Às minhas amigas e companheiras inseparáveis, Josilda (Jojô) e Kátia (Katita), que sempre estiveram ao meu lado nos períodos de angústia, dúvidas e conquistas, além de me apoiaram durante os momentos de reflexão sobre a pesquisa.

À Dona Guerlinda e à Dete, pela torcida, pelo incentivo e pelo apoio.

Aos professores convidados para fazer parte da comissão examinadora de qualificação e defesa deste trabalho, pelas contribuições tão importantes para a efetivação do estudo.

À professora Célia, por ter aceitado tão gentil e prontamente o convite para compor a comissão examinadora desta dissertação, e à professora Ethel, que, além de merecedora do meu carinho especial, representa aqui todos os professores que contribuíram para a minha formação.

Aos professores e colegas do Mestrado, pela oportunidade de trocas e conhecimentos, pelo apoio mútuo e pelo companheirismo ao longo desse processo, em especial às amigas Cecília, Marisa, Renata, Roberta e Luciana e às professoras Maristela, Denise, Maria Helena e Eliana, com a certeza de que nossa turma ficará na história do Mestrado em Saúde Coletiva, e vocês, na história de minha vida.

À professora Sara, sempre disponível e sensata em suas colocações, pela contribuição fundamental na utilização do método de organização e tabulação dos dados.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES, pela autorização da pesquisa e pelo fornecimento dos dados.

Aos profissionais enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família que participaram desta pesquisa e contribuíram para que ela se concretizasse.

Por fim, a todos aqueles que, direta e indiretamente, contribuíram das mais variadas formas para mais esta conquista.

Muito obrigada!

O caminho continua e os esforços empreendidos representam a vitória pelo dever cumprido em mais uma etapa da minha vida.

RESUMO

Esta pesquisa procura identificar as estratégias adotadas pelo município de Vitória/ES para fazer frente ao processo de despreciação dos vínculos de trabalho dos enfermeiros e médicos das equipes de saúde da família, bem como caracterizar o perfil desses profissionais; analisar as modalidades e as formas de inserção na ESF; analisar o significado dessas mudanças em seu processo de trabalho; e analisar a satisfação desses trabalhadores em relação ao trabalho realizado. Adota uma metodologia de abordagem qualitativa que utiliza o estudo exploratório e documental. Trabalha com dados levantados no período de novembro de 2007 a janeiro de 2008, por meio de entrevistas com os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Emprega a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo na tabulação e organização dos dados. Para interpretá-los faz uso da estratégia de Análise de Conteúdo. Observa de forma geral, que o município de Vitória avançou em alguns aspectos relacionados à despreciação dos vínculos de trabalho, principalmente em relação à realização de concursos públicos, que possibilitaram a efetivação dos trabalhadores da ESF. Também destaca a implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos para os profissionais da saúde e de ações voltadas para a capacitação e treinamento, bem como para a reorganização da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde, que contemplou a área de Gestão do Trabalho. Evidencia o reconhecimento por parte dos profissionais da importância do vínculo institucional como forma de proporcionar maior motivação e segurança, o que, por sua vez, favorece o desenvolvimento do processo de trabalho como um todo, ou seja, os aspectos relacionados ao vínculo com a comunidade, a realização de um trabalho contínuo e a longo prazo e a construção de um projeto profissional coletivo. Conclui que, apesar de existirem várias ações em andamento, estas ainda não conseguiram organizar o processo de trabalho de forma satisfatória. Identifica alguns pontos de estrangulamento, como as Rodas de Educação Permanente, que ainda não conseguiram alcançar seus objetivos, a Mesa de Negociação, totalmente desconhecida pelos profissionais, e a ineficiência de ações voltadas para o desenvolvimento e valorização de pessoal, o que tem influência direta na organização do modelo de atenção à saúde. As questões levantadas indicam a necessidade de maior interação entre os membros das

equipes e da ampliação da participação dos trabalhadores nas questões relacionadas ao desenvolvimento de seu processo de trabalho.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Pessoal de saúde. Condições de trabalho. Políticas, planejamento e administração em saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify the strategy adopted by Vitória's Council located in the Estate of Espírito Santo, Brazil, to face the process of improving the work relationships of nurses and doctors of the family health teams as well as characterize the profile of these professionals, analyzing its modalities and its insertion means in the ESF, the meaning of these changes in these professional's work process, the level of satisfaction of these workers in relation to the work carried out. It's an exploratory and documental study that adopts a qualitative approach to work with data collected from ESFs professionals from November 2007 until January 2008 through an interview. The selected technique for data tabulation and organization is The Analysis of Discourse of the Collective Subject, and to interpret data it employs the Content Analysis proposal. As a general conclusion, it can be observed that Vitória has moved forward in some aspects related to the betterment of the working bonds, especially towards the institution of contests for public positions that enable the creation of appropriate bounds for ESFs workers. It also highlights the implementation of the Careers, Positions and Remuneration Strategy for health professionals and of actions directed to the training, qualification and reorganization of the administrative structure of city's Health Department, therefore contemplating the Work Management Department. This study also reveals health professional's recognition of the importance of institutional bonds as a way to provide more motivation and security, which favors bonding with community, maintenance of continuous and long term care and the creation of a collective professional goal therefore embracing the work process as a whole. It can be concluded that, although several actions are already in course, these haven't been able to properly organize the work process. Strangulation points are identified such as permanent education cycles that haven't managed to reach their goals, negotiation tables that are completely unknown by professionals and the inefficiency of actions focused on development and personal appraisal, all of them having direct influence on the organization of health care structure. Questions raised by this study indicate the need for more interaction between members of ESFs teams and the increase or workers participation on matters related to the development of their own work process.

Key words: Family Health Program. Health professionals. Work conditions. Policies, planning and Health Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Ancoragem

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ADIT – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANA – Agência Nacional das Águas

ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações

APS – Atenção Primária em Saúde

BIRD – Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento

CES - Coordenação de Educação em Saúde

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

DESPRECARIZASUS – Programa de Desprecarização do trabalho no SUS

EC – Emenda Constitucional

ECH – Expressões Chave

ESF – Estratégia Saúde da Família

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

GERUS – Programa de Desenvolvimento Gerencial em Unidade de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

IC – Idéias Centrais

ICMS - Imposto sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IAD 1 - Instrumento de Análise de Discurso 1

IAD 2 - Instrumento de Análise de Discurso 2

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

NOB – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

ONG – Organização não Governamental

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PA – Pronto-Atendimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS – Plano de Cargos, Carreira e Salário

PCCV – Plano de Cargos, carreiras e Vencimentos

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

PPGASC - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RH – Recursos Humanos

RJU – Regime Jurídico Único

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPSF – Sistema de Informação em Saúde do Programa Saúde da Família

SISS – Sistema Integrado de Serviços de Saúde

SINNP-SUS - Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
TEMPORALIDADE DA AUTORA.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 OBJETIVOS.....	26
2 A REFORMA DO ESTADO E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS.....	27
2.1 CRISE E REFORMA DO ESTADO.....	27
2.2 A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL E AS NOVAS RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE.....	33
3 TRABALHADORES DE SAÚDE E ESF.....	50
3.1 ANTECEDENTES DA ESF.....	50
3.2 TRABALHADORES DE SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES.....	54
3.3 O MUNICÍPIO DE VITÓRIA E OS CAMINHOS TRILHADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UMA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO.....	62
4 DESENHO METODOLÓGICO.....	69
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	69
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	70
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	71
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	72
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	73
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	78
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.....	78
5.2 INSERÇÃO PROFISSIONAL: O PRIMEIRO PASSO NA ORGANIZAÇÃO DE UMA POLÍTICA E GESTÃO DO TRABALHO.....	84

5.2.1	O vínculo profissional.....	90
5.3	O PROCESSO DE TRABALHO NA ESF DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA: POSSIBILIDADES E LIMITES.....	94
5.4	GESTÃO DO TRABALHO: O PROCESSO DE MUDANÇA VIVENCIADO PELOS TRABALHADORES.....	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
7	REFERÊNCIAS.....	127
	APÊNDICES.....	143
	ANEXOS.....	153

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação apoiou-se no levantamento de material bibliográfico que serviu de arcabouço teórico à pesquisa e na realização de entrevistas com os profissionais de saúde, para identificar as estratégias adotadas pelo município de Vitória, para fazer frente ao processo de despreciação dos vínculos de trabalho nas equipes de saúde da família.

Como resultado final desse processo, a dissertação foi assim dividida:

Temporalidade da autora: aborda a minha trajetória profissional e pessoal, demarcando a importância desse processo para a escolha do tema de estudo.

Primeiro capítulo: apresenta um panorama geral dos tópicos estudados, situando por onde perpassa o debate dessa temática, além da justificativa, objeto de estudo e seus respectivos objetivos.

Segundo capítulo: contempla a discussão teórica sobre o processo de Reforma do Estado, que passa a imprimir uma série de mudanças no papel do Estado no Brasil e na forma como é concebida e implementada a Gestão do Trabalho e seus efeitos no mercado de trabalho das administrações públicas, especificamente no setor saúde.

Terceiro capítulo: apresenta um breve histórico da implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil e no município de Vitória e suas repercussões na Política de Gestão do Trabalho, situando a discussão dos efeitos da precarização dos vínculos de trabalho nos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família.

Quarto capítulo: revela o cenário deste estudo e as concepções metodológicas utilizadas, bem como detalha o método de pesquisa, procedimentos de coleta e análise dos dados.

Quinto capítulo: explicita o estudo empírico, com a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Considerações finais: apontam para a importância de uma política de valorização e desenvolvimento para os trabalhadores do SUS, em especial da Estratégia Saúde da Família, e também para a possibilidade de novos questionamentos sobre o tema.

TEMPORALIDADE DA AUTORA

A motivação para a realização desta pesquisa surgiu na minha trajetória enquanto profissional da área de saúde que atua diretamente no campo das políticas sociais.

Dentro desse campo, observa-se que a área da saúde, no tocante aos trabalhadores de saúde, vem sofrendo um desmonte em nível mundial, traduzindo-se na perda de direitos adquiridos ao longo dos anos, na precarização dos vínculos de trabalho e no esfacelamento da estrutura pública. Como especialista do trabalho coletivo, o trabalhador de saúde também sofre todas as consequências desse processo e isso acaba interferindo no seu trabalho.

A percepção dessa problemática deu-se quando atuei como gestora na Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, de Santa Maria de Jetibá, no período de 2001 a 2003, no momento em que foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município. A opção do Município foi adotar a contratação dos profissionais utilizando-se cargos comissionados, criados pela Administração anterior, o que acabou por reproduzir formas precarizadas de vínculo empregatício.

Ao tomar contato com essa realidade e conhecer a conjuntura de outros municípios do Estado, percebi que situações semelhantes ocorriam e que os profissionais dessas equipes não conseguiam sentir-se como parte de uma estratégia de mudança do modelo assistencial de saúde, como vinha sendo propagado pelo Ministério da Saúde.

Esses trabalhadores não conseguiam estabelecer o tão esperado vínculo com o usuário, com a comunidade e com a Instituição. Como consequência desse processo, a rotatividade dos profissionais era alta, não existia compromisso com a mudança do processo de trabalho e co-responsabilidade com o usuário dos serviços. Além disso, os profissionais sentiam-se inseguros e insatisfeitos no trabalho.

No período de 2004 a 2006, já como servidora da Secretaria Estadual de Saúde, tive acesso ao Sistema de Informação de Saúde do Programa Saúde da Família

(SISPSF), elaborado a partir dos dados coletados no Processo de Certificação das Equipes de Saúde da Família, em 2005. Desse modo pude constatar que as formas de vinculação ao trabalho da maioria dos trabalhadores das equipes de saúde da família do estado do Espírito Santo eram as mais diversas: contratos temporários, contratos sem carteira assinada, cargos comissionados, contratos via organizações não governamentais (ONGs) ou Cooperativas, o que acarretava a falta de proteção em relação aos direitos trabalhistas.

Percebi ainda que Vitória, capital do Estado e um dos principais municípios da Região Metropolitana, apesar de ter sido o primeiro a implantar a ESF no Estado, tinha um grande número de profissionais com vínculos de trabalho precários.

As inquietações e questionamentos sobre o tema foram crescendo, pois a precarização dos vínculos de trabalho vem agudizando-se e atinge hoje um grande contingente de trabalhadores da saúde, o que contraria os preceitos do Art. 6º da Constituição Federal, que garante o trabalho como um direito social e coloca aqueles que prestam serviços à população em uma situação de desconforto e insegurança.

Em novembro de 2006, participei do Curso de Atualização em Gestão do Trabalho no SUS, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), durante o qual pude conhecer as ações que o Ministério da Saúde vinha realizando para tentar minimizar ou resolver a questão da precarização dos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, restava saber o que os municípios estavam conseguindo de fato realizar no âmbito da gestão do trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Ainda que o processo de Reforma Sanitária e as diretrizes do Sistema Único de Saúde venham destacando a importância da formação e das condições de emprego dos trabalhadores de saúde, observamos que políticas coerentes e continuadas de pessoal para o setor não vêm sendo colocadas em prática. Desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, a questão dos trabalhadores de saúde no SUS tem sido apontada como um dos nós críticos para a gestão do referido sistema, sem merecer, todavia, o devido tratamento no tocante à sua organização e gestão, especialmente no que diz respeito às condições de trabalho de uma forma geral (vínculos empregatícios, carga horária, piso salarial, política de desenvolvimento de pessoal, entre outras).

A gestão do trabalho vem sofrendo, nos últimos anos, um substancial processo de desregulamentação, principalmente a partir do Programa de Reforma Administrativa do Estado, iniciado em 1995. Vários são os problemas que envolvem a relação de trabalho: formação, contrato de trabalho, salário, compromisso social, humanização no atendimento e condições de trabalho.

Sabemos que os trabalhadores são a base para a viabilização das ações, serviços e projetos de saúde e que a utilização de tecnologias avançadas ou tecnologias duras, como bem descreve Merhy (2002, p. 49) “[...] equipamentos tecnológicos – máquinas, normas, estruturas organizacionais [...]”, não serão capazes de substituir um trabalhador, cuja função essencial é o atendimento à população que precisa de cuidado.

Conforme destaca Campos (1992), já que os trabalhadores de saúde representam os “principais sujeitos do processo de mudança”, devemos considerá-los como parte fundamental desse processo para que se tenha um SUS efetivo e eficiente. Sem os trabalhadores, o SUS não existe e não poderá concretizar-se de fato, por isso a necessidade de alteração do modelo assistencial vigente e da política voltada para o desenvolvimento e a valorização dos trabalhadores.

Quando falamos em trabalhadores, quase sempre nos reportamos ao termo “Recursos Humanos” (RH). Fazemos aqui um apêndice para justificar que buscaremos não utilizar esse termo, mas se considerarmos necessário fazê-lo, registrá-lo-emos entre aspas, uma vez que, segundo Davel e Vasconcelos (1995), precisamos pensar no indivíduo inserido em uma organização/instituição contemporânea, não nos preocupando única e exclusivamente com “rentabilidade ou instrumentabilidade”. A visão habitual do termo acaba reduzindo o trabalhador há uma “engrenagem” ou a um simples “recurso”.

O ser humano, sobretudo o trabalhador de saúde, deve ser encarado não como “recurso”, mas como um sujeito complexo, que carrega subjetividades, se modifica e modifica a estrutura organizacional/institucional na qual está atuando. Não é um sujeito acabado e completo, está em plena e constante transformação, e seu “fazer” e seu “olhar” vão também alterar as relações de trabalho.

No setor público de saúde, o foco não é a produção de riquezas e a lucratividade por meio de um “recurso” a ser utilizado (objeto), mas a produção de serviços de qualidade, que atendam às expectativas da população. É importante salientar que o trabalhador, ao se sentir parte integrante do processo de trabalho, e, sobretudo, ao ser valorizado, vai modificar e melhorar o processo no qual está inserido – “[...] o sujeito que nos interessa agora é aquele implicado (produzido) na vida institucional concreta, particularmente na organização do trabalho” (DAVEL; VASCONCELOS, 1995, p. 69).

Diante da complexidade da questão relacionada às políticas voltadas para o desenvolvimento e valorização dos trabalhadores e dos reflexos dessas políticas no sistema de saúde brasileiro, a X Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em setembro de 1996, apontou em seu relatório a necessidade da formulação de uma política de “Recursos Humanos” para o SUS, bem como da elaboração de uma Norma Operacional Básica relacionada a esse tema.

No entanto, não podemos ignorar a situação socioeconômica e política vivenciada pelo nosso País na década de 1980 e início dos anos de 1990, contexto em que o SUS foi criado. Ao mesmo tempo em que o processo de redemocratização repercutia na ampliação e no fortalecimento da organização da sociedade civil e de

novos atores sociais, demandando a universalização do acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento do dever do Estado de proporcioná-los, consolidava-se no Brasil o projeto de saúde articulado ao mercado de trabalho, pautado em uma política de ajustes, contenção de gastos, racionalização da oferta e descentralização, com isenção de responsabilidade por parte do Governo Federal.

De acordo com o Ministério da Saúde, a política de ajustes implementada desde então fez com que as ações e os serviços de saúde passassem a ser considerados como atividades não exclusivas do Estado, e a carreira no SUS não mais concebida como estratégica. Infere-se daí que a política de gestão do trabalho foi organizada apenas para satisfazer o “novo” papel do Estado – um papel regulador e articulador de demandas voltadas para o campo econômico.

Os acordos estabelecidos com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial para controle do déficit público e o conseqüente monitoramento do Governo Federal sobre as esferas estaduais e municipais resultaram numa significativa contenção dos gastos, no congelamento e redução dos salários, flexibilizando a contratação de pessoal.

Diante dessa situação de corte de recursos financeiros e falta de investimentos na área de saúde, a terceirização de serviços concretizou-se sem a observância da lei, permitindo a difusão do trabalho precário.

Outro fato que convém salientar nesse processo é a vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que fixa normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, principalmente no que diz respeito à realização de despesas públicas. Essa lei estabeleceu que as contratações dos trabalhadores do SUS fossem incluídas no limite das despesas com pessoal, isto é, o pagamento total dos salários dos servidores não poderia exceder 60% da receita corrente líquida do município.

Em meio a esse processo e às conseqüentes reformas desencadeadas, ocorreu um movimento de descentralização das ações e serviços públicos de saúde, visando ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e a implementação de novos programas e novas políticas. Destaca-se nesse contexto a expansão da Atenção

Básica através da ESF, a qual se constituiu como a principal estratégia para a reorganização e o fortalecimento dos serviços e do modelo assistencial de saúde.

Matumoto (2003, p. 12) destaca que:

O avanço jurídico-legal teve impacto na reformulação das organizações e estabelecimentos do nível local, especialmente com as diretrizes organizativas de descentralização da gestão, hierarquização da assistência e regionalização, fazendo com que os municípios assumissem mais diretamente a gestão do sistema e sua operacionalização.

Dessa forma, podemos inferir que a implantação e implementação da ESF se tornou um problema para a gestão municipal, no que diz respeito ao pagamento de pessoal. A admissão dos profissionais nas equipes trouxe um acréscimo considerável à folha de pagamento, o que acabou imprimindo mudanças nas formas de contratação e estruturação do trabalho no âmbito do SUS.

Observamos, então, alguns problemas relacionados com a formação das equipes: problemas que dizem respeito à integração e/ou mudança do sistema tradicional; às competências profissionais; à falta de um processo de educação permanente; à disponibilidade, distribuição e alta rotatividade dos trabalhadores; ao estabelecimento de vínculo com a comunidade; às precárias condições de trabalho e à falta de legislação para a definição das relações de vínculos e das contratações.

Apesar das dificuldades relatadas, a ESF expandiu-se de modo acelerado por quase todos os municípios brasileiros e, simultaneamente, encontramos um grande número de trabalhadores inseridos nesse modelo com vínculos de trabalho precarizados.

Assim, os trabalhadores das equipes de saúde da família vêm sofrendo as consequências dessa situação: diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários diretos, menores salários, fragmentação e desmobilização (em uma mesma equipe podemos encontrar vínculos e relações de trabalho distintas), níveis mais altos de rotatividade e as mais diversas modalidades contratuais, por meio de contratos temporários, bolsas de trabalho, prestação de serviço, cargos comissionados e, ainda, contratação indireta através de Cooperativas e de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Privilegiou-se na ESF a equipe de profissionais como importante elemento para a materialização das metas e objetivos da Estratégia, visando propiciar condições

favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, a fim de que pudessem alavancar a reestruturação da Atenção Básica em saúde.

Mas, como estabelecer um processo de trabalho coerente, que privilegie a qualidade da atenção e o estabelecimento de vínculo para possibilitar o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com o usuário e os serviços prestados, se estes se encontram em franca situação de insegurança e desconforto trabalhista e social? Quais as ações de enfrentamento empreendidas pelos gestores para modificar a situação de precarização das relações de trabalho entre os trabalhadores da ESF?

Esse quadro leva-nos a tomar como objeto de estudo as relações de trabalho a que os profissionais da ESF estão submetidos. Afinal, se a ESF coloca como um dos seus eixos norteadores os trabalhadores e seu vínculo com os usuários/famílias, esses precisam estabelecer primeiramente uma relação estável com a instituição empregadora e ter condições de trabalho adequadas para realizar de fato um trabalho acolhedor, resolutivo e de qualidade.

Nogueira (2005b) aponta que com o governo Lula parece ter se firmado uma nova orientação política que beneficia uma retomada do crescimento de servidores públicos efetivos ao invés de terceirizados e temporários, além da instituição de mecanismos de negociação coletiva e de valorização do trabalhador. Porém deixa claro, que as medidas de regularização das relações de trabalho, estão associadas também, a uma intensa cobrança do Ministério Público Federal, que resultou na assinatura de um Termo de Ajuste de Conduta no final de 2002. Além disso, o Ministério Público do Trabalho em 2003 elege o ambiente laboral como uma de suas prioridades de atuação e cria a Coordenadoria Nacional de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho para articular as ações das Procuradorias Regionais em todo país, conforme destacado por Evanna Soares (Procuradora do Ministério Público do Trabalho), no 5º Seminário de Atualização em Segurança e Saúde no Trabalho, realizado em São Paulo, em 2004.

Diante dessa situação e compreendendo que ela afeta diretamente os princípios do SUS, o Ministério da Saúde instituiu, como uma de suas prioridades, formular alternativas de ação e políticas específicas que procurem resolver o problema.

Assim, “[...] entende ser necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que tal situação acarreta ao princípio da legalidade e à universalidade dos direitos dos trabalhadores” (BRASIL, 2005a, p. 27).

Atualmente, o Ministério da Saúde conta com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), ligado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o qual é responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde. Esse Departamento também é responsável pela articulação e negociação, junto aos demais entes federados, para a estruturação de uma efetiva política de gestão do trabalho, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS.

O principal objetivo [...] é reverter essa situação [...] e estabelecer vínculos regulares que assegurem direitos e estabilidade aos trabalhadores e também a organização dos serviços de saúde oferecidos à população, já que o vínculo precário tem reflexos diretos na qualidade dos serviços oferecidos e na regularidade do trabalho dos profissionais (ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 51).

Nota-se que o Governo Federal, após um período de total abandono, descaso e desvalorização dos trabalhadores da saúde, vem adotando políticas e estratégias que buscam reverter o quadro de precarização das relações de trabalho no SUS, com a participação dos estados e, principalmente, dos municípios, destacando-se o movimento realizado pelo Ministério Público do Trabalho para combater as diversas modalidades contratuais a que os trabalhadores, especialmente da ESF, vêm sendo submetidos.

Resta-nos saber, então, se esse movimento, vem sendo realizado no nível municipal, onde de fato é estruturada a ESF, entendida como propulsora de mudanças.

1.1 OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil dos enfermeiros e médicos que atuam na ESF do município de Vitória.
- Analisar a inserção no trabalho dos enfermeiros e médicos da ESF.
- Identificar as modalidades de contrato dos enfermeiros e médicos da ESF.
- Analisar a satisfação desses trabalhadores em relação ao trabalho realizado.
- Identificar as estratégias adotadas pelo município de Vitória para fazer frente ao processo de desprecarização dos vínculos de trabalho dos enfermeiros e médicos que trabalham nas equipes de saúde da família.
- Analisar o significado das mudanças no processo de trabalho dos médicos e enfermeiros da saúde da família a partir das ações empreendidas pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória.

2 A REFORMA DO ESTADO E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

2.1 CRISE E REFORMA DO ESTADO

A década de 1990 foi marcada no mundo por um grande debate em torno da crise do Estado e da necessidade de reformá-lo, pois o modelo de Estado Liberal, denominado Keynesiano e assumido por vários países após a Segunda Guerra Mundial, começava a entrar em crise.

A doutrina Keynesiana visava à maior intervenção do Estado na economia, pela qual se buscava a regulação para evitar a concorrência desigual entre os capitalistas e garantir os serviços essenciais à população.

Nesse contexto, surgiram no setor privado os modelos Taylorista e Fordista de acumulação capitalista, que, em linhas gerais, imprimiram uma administração racional ao trabalho, através da padronização da produção, dos meios, dos métodos e dos ambientes de trabalho, bem como o aumento da produção e a intensificação do trabalho, com funcionamento rígido, obrigando os trabalhadores a se ajustar às novas formas de organização.

Esses modelos caracterizaram-se:

[...] pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução do processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa (ANTUNES, 2007, p. 25).

O Estado, nesse contexto, precisou assumir novos papéis e construir novos poderes institucionais. Uma das principais medidas foi o investimento no Estado do Bem-Estar Social, o que implicou o aumento dos gastos com seguridade social, assistência médica, educação, habitação, entre outros, ou seja, uma espécie de complementação do salário social (HARVEY, 1993).

O Estado passou, então, a ser o responsável pela promoção do desenvolvimento econômico e da proteção social, com modelos distintos para os países desenvolvidos (Estado de Bem-Estar Social, conhecido como Welfare State), países em desenvolvimento (Estado Desenvolvimentista e Protecionista) e países em que o modo de produção estatal se tornou dominante (Estado Comunista).

[...] esse novo regime de acumulação e regulação [...] significou uma nova forma de organização e gerenciamento da produção, articulada a um novo tipo de regulação social operado pelo aparato estatal, que passa a combinar um alto grau de intervenção no financiamento e na regulação do crescimento econômico, voltado para a garantia dos superlucros dos monopólios com a função de legitimação social via incorporação das demandas sociais dos trabalhadores [...], ou seja, o Estado, para legitimar-se “politicamente”, passa também a alargar sua base de sustentação sócio-política através da incorporação de direitos políticos e sociais demandados pelo processo organizativo e reivindicatório do conjunto dos trabalhadores (DURIGUETTO, 2007, p. 79).

Os regimes de Estado intervencionista, ou Welfare State, não foram produtos exclusivos do novo padrão de acumulação, mas também de um processo de luta dos trabalhadores por direitos sociais e políticos (DURIGUETTO, 2007). O Estado, estrategicamente, como salienta Netto (1992), antecipou-se a esse processo a fim de garantir a manutenção e valorização do capital.

Entretanto, o Estado não deu conta de solucionar os problemas de desenvolvimento e proteção social, foi perdendo a legitimidade de regulador dos conflitos e tornou-se incapaz de coordenar programas de reformas estruturais para oferecer os serviços públicos básicos proporcionalmente ao crescimento das demandas.

Os dois grandes choques do petróleo nos anos 1970 e a conseqüente alta mundial dos juros desencadearam grave desequilíbrio fiscal nos países em desenvolvimento. Além disso, as mudanças decorrentes do desenvolvimento tecnológico e da globalização da economia fizeram com que a concorrência entre os países aumentasse.

Yazbek (1998) traz algumas considerações sobre a globalização, entendida como um movimento complexo, marcado por várias mudanças na “sociedade mundial”, que modificou estruturas sociais, culturais, políticas e econômicas. Ressalta, ainda, que não é fenômeno novo, mas “mitificado” e “ideologizado”, já que o capitalismo é necessariamente global, mas reveste-se de características próprias, no sentido de alcançar essa nova tendência de expansão do capital.

Abrucio (2001) aponta que o Estado, além de ver crescer o déficit público, perdeu sua capacidade de conduzir as políticas macroeconômicas. Tornou-se incapaz de controlar não só os fluxos financeiros e comerciais internacionais, como também a atuação das grandes multinacionais. Ao mesmo tempo, na disputa comercial internacionalizada, os custos trabalhistas, previdenciários e tributários sobre o capital nacional constituíam obstáculos cada vez mais intransponíveis à competitividade do País. Dessa forma, ocorreu uma pressão sobre o Estado para que reduzisse impostos (que na realidade faziam parte de sua receita), comprimindo ainda mais o déficit fiscal da dívida pública. Assim, Boschi e Lima (2002) enumeram três pilares da nova modalidade de intervenção do Estado: abertura comercial, privatização e estabilização econômica.

No final da década de 1970, segundo Duriguetto (2007), o modelo de intervenção adotado até então pelo Estado começou a entrar em declínio, decorrente da queda das taxas de lucro e do crescimento econômico dos países capitalistas centrais, o que resultou também em índices maiores de desemprego, ocasionando o que Mandel (1990, p.11-13) chama de uma crise estrutural do capital:

[...] identificada nos países centrais a partir do II pós-guerra, em que se destacam avanços produtivos propiciados pela revolução tecnológica, que possibilitaram uma maior concentração de capitais; internacionalização do capital e da produção por meio das empresas transnacionais; da mundialização do capital financeiro e da divisão internacional dos mercados e do trabalho quando, então, se inicia uma nova “onda longa recessiva”, caracterizada por uma taxa de crescimento médio inferior à alcançada nas décadas de 1950 e 1960.

Os elementos dessa crise também são identificados por Antunes (2007), como a queda da taxa de lucro, o que ocasionou o esgotamento do padrão de acumulação; a hipertrofia do capital financeiro (que passou a ser um campo prioritário para a especulação); e a maior concentração de capitais, por meio das fusões entre empresas oligopolistas e monopolistas.

Anderson (1995) também faz algumas considerações sobre a crise, associando-a à queda da taxa de lucros dos grandes oligopólios, aos investimentos, aos salários, ao consumo, às demandas, e à queda dos gastos públicos com serviços de proteção e infra-estrutura, em um processo constante que resultou na perda do equilíbrio das forças, mantido durante um considerável período de tempo através do controle

macroeconômico, e que apareceu diante das contradições subjacentes ao padrão de acumulação.

Iniciou-se então uma nova ofensiva do capital e do Estado, na tentativa de retomar o padrão de acumulação anterior, o que criou as condições favoráveis para o surgimento de um novo padrão de acumulação e para o desenvolvimento de um novo projeto, conhecido como neoliberal, que, entre outras coisas, afetou os direitos sociopolítico-trabalhistas até então conquistados.

Conforme Duriguetto (2007), desenvolveu-se um novo padrão de acumulação denominado de reestruturação produtiva, com características voltadas para a desregulamentação e a flexibilização do processo de produção, acarretando a precarização das condições de trabalho e o combate aos sindicatos e à legislação trabalhista, ou seja, instituição de novos processos de trabalho.

Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. Estes são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital de instrumental necessário para adequar-se a sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção. Diminui-se ou mescla-se, dependendo da intensidade, o despotismo taylorista, pela participação dentro da ordem e do universo da empresa, pelo envolvimento próprio da sociabilidade moldada contemporaneamente pelo sistema produtor de mercadorias (ANTUNES, 2007, p. 24).

Esse processo teve repercussões diretas no mundo do trabalho e proporcionou sustentação material ao projeto neoliberal. O Estado passou, então, a ser atacado, sob o argumento de que paralisava as atividades econômicas e não conseguia responder de forma eficaz às novas demandas da sociedade, ou seja, a política de regulação econômica estatal (intervenção na regulação da economia) inerente aos gastos com políticas sociais deveria ser combatida.

Segundo Netto (1992) e Duriguetto (2007), a crise, apesar de global, materializava-se de forma diferente, segundo as particularidades econômicas e sociopolíticas dos diferentes países e regiões. O esgotamento das formas de intervenção do Estado manifestou-se pela crise do Estado de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos, pelo esgotamento da industrialização por substituição de importações nos países em desenvolvimento e pelo colapso do estatismo nos países comunistas.

Nesse panorama, grande parte dos países em desenvolvimento, que conseguiram expandir-se com a ajuda de créditos estrangeiros, sofreram diversas consequências, como o aumento da dívida externa, a diminuição do crescimento econômico e o agravamento da questão social.

Essas modificações influenciaram novos padrões tecnológico-organizacionais nas esferas pública e privada e impulsionaram a substituição do controle burocrático pelos mecanismos de mercado e por relações contratuais, sob o argumento de que passariam a atribuir maior eficiência e qualidade aos serviços prestados à população.

Em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, ocorreu um processo intenso de desmontagem dos serviços públicos: privatizações, descentralizações, cortes nos gastos sociais e efetiva redução do papel do Estado. O ajuste neoliberal incentivou, em certos casos, a modernização produtiva e a abertura do mercado internacional, mas provocou mudanças profundas nas estruturas organizacionais.

Segundo Diniz (2000), as diretrizes neoliberais que se tornaram hegemônicas nos anos de 1980 tiveram ampla aceitação em todo o mundo, o que acabou por situar o Estado como culpado pela hipertrofia estatal e pelo excesso de gastos públicos, sendo necessário então o seu enxugamento.

Nogueira (2005a) enfatiza que essa proposta trouxe uma concepção reformadora fortemente pautada na redução da atuação do Estado e na valorização do mercado, tendo como objetivo alcançar a agilidade e o menor custo.

Em seu nome, promoveu-se um expressivo recuo do Estado nacional diante da economia mundial e dos mercados. [...] Quebraram-se ou se enfraqueceram suas defesas, já abaladas pela lógica da globalização e da modernidade radicalizada. Houve avanços em termos de eficiência e de racionalização, mas esses avanços se estabeleceram bem mais em função de critérios fiscais e quantitativos (menor custo das operações estatais) do que em função de critérios sócio-políticos (resultados sociais, fortalecimento da democracia, revigoração da vida pública). [...] Ao promover a desconstrução do Estado realmente existente – mediante a utilização intensiva de mecanismos de privatizações, descentralização, cortes e redução funcional -, o processo desorganizou o aparelho estatal e diminuiu a força e a organicidade dos sistemas de desenvolvimento (NOGUEIRA, 2005a, p. 41-42).

A nova ofensiva do capital atingiu também o mundo do trabalho. Teixeira e Oliveira (1998) ressaltam que as mudanças no capitalismo geraram também alterações profundas nos processos produtivos, flexibilizando o trabalho, influenciando no emprego, na remuneração, nos sindicatos, na legislação do trabalho e na mudança das formas tradicionais de negociação salarial coletiva para formas de recompensa e avaliação por desempenho.

A flexibilidade trouxe ainda uma nova relação entre público e privado, através das organizações sociais, fundações e organizações sociais de interesse público, por meio das terceirizações dos serviços e contratação de prestadores individualizados sob as mais diversas modalidades de vinculação ao trabalho, colocando, em muitos casos, os trabalhadores numa situação de exclusão no que diz respeito aos direitos sociais e trabalhistas.

Assim, a ofensiva neoliberal considera que os gastos públicos com políticas sociais sobrecarregam e inflacionam o sistema político, ou seja, paralisam sua capacidade decisória, aumentando a burocracia e sufocando o espaço da iniciativa privada. Por isso, enfatiza que o Estado está em crise (crise econômica e política) e esta precisa ser combatida para se obter maior governabilidade.

Defende-se, assim, a diminuição do nível de intervenção do Estado na economia e a intervenção intensa para se garantir a crescente valorização do capital, ou seja, as condições necessárias à ampliação do mercado e à abertura externa (LAURELL, 1997).

A partir de meados da década de 1980, essas concepções passaram a ser incorporadas pelos organismos multilaterais, como o FMI e Banco Mundial, para os empréstimos aos países em desenvolvimento, o que veio ao encontro do cumprimento do programa de ajuste traçado no Consenso de Washington¹, que foi um importante marco para a difusão do ideário neoliberal nos países em desenvolvimento.

¹ Denominação dada a um plano de medidas de ajustamento das economias periféricas, chancelado pelo FMI, Banco Mundial, Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento - BIRD e pelo governo norte-americano em reunião ocorrida em Washington em 1989 (FIORI, 1995).

2.2 A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL E AS NOVAS RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE

Para compreendermos a Reforma do Estado no Brasil, faz-se necessário compreender o cenário brasileiro da década de 1980, momento em que o País passou por um intenso processo de redemocratização política e de ampliação das lutas pelos direitos sociais, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Netto (1992) e Duriguetto (2007) colocam algumas questões de extrema relevância para a compreensão desse processo. Apesar de a Constituição Brasileira apontar para a construção de um Estado de Bem-Estar Social, com a garantia de direitos sociais, esses fundamentos deram-se em concomitância a uma conjuntura de crise econômica, ligada a um movimento mundial e de rearranjo global do capitalismo, no sentido de um novo padrão de acumulação, de um novo projeto (emergência do neoliberalismo), configurados pelas mudanças nas relações do trabalho e as mudanças na intervenção do Estado.

No Brasil, esses processos começaram a ganhar notoriedade a partir da década de 1990, quando se implementaram as medidas de ajuste estrutural preconizadas pelo Consenso de Washington, juntamente com o processo de globalização, que já estava em curso em todo o mundo, atingindo “[...] todos os países, independentemente de seu estágio de desenvolvimento e da vontade de seus governantes” (SOLIMEU, apud NEVES, 2000, p.9).

Dessa forma,

[...] em oposição ao pacto social que deu origem à Constituição de 88, consolidou-se, nos anos 1990, um amplo consenso liberal (filiado ao Consenso de Washington) favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais, apoiado e promovido pelos governos nacionais e pelas agências financeiras internacionais: programa de privatizações; redução de tarifas alfandegárias para importação; liberalização dos preços; redução de isenções fiscais; subsídios e linhas de crédito, corte dos gastos públicos (TAVARES; FIORI, 1993, p. 153).

Esse novo padrão de acumulação capitalista ganhou vulto em nosso País, principalmente através das privatizações das empresas estatais e da intenção de transformar a máquina administrativa, vista como “burocrática”, em “eficiente”.

As instituições públicas passaram a ser vistas como incapazes de gerar recursos para novos investimentos, de garantir a qualidade e o baixo custo dos serviços dentro de uma condição de ineficiência, além de serem consideradas um ônus para as administrações, suscitando crescente insatisfação da população com a qualidade dos serviços prestados.

Dessa forma, a solução estaria na redução da ação do Estado em favor do mercado, que atuaria de forma mais eficiente e eficaz, já que a capacidade gerencial do Estado também era vista como restrita:

[...] a administração direta acabou por favorecer a estabilidade, o formalismo e a autonomia da burocracia pública, devido ao reduzido controle dos cidadãos sobre as decisões dos administradores. Esse arranjo teria contribuído para a estagnação da administração pública, que não incorpora novas formas de gestão e está voltada para o controle de procedimentos e não de resultados (RIETRA, 1999, p. 25).

A discussão em torno da ingerência do Estado e dos problemas relacionados à crise que se instalou, que se fez sentir no crescente déficit fiscal, nas baixas taxas de crescimento econômico e nas altas taxas de inflação, resultou na formulação de um projeto de Reforma do Aparelho de Estado, iniciado em 1995, com a ascensão do presidente Fernando Henrique Cardoso ao poder. Entretanto, como aponta Pierantoni (2001), a Reforma do Estado no Brasil, a partir da década de 1990, já havia começado, embora de forma segmentada, no governo de Itamar Franco (1992).

Com o sucesso do Plano Real e a eleição de Fernando Henrique Cardoso para a presidência da república, em 1994, a discussão em torno da Reforma passou a ser sistematizada no âmbito do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), sob a gestão do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, com o objetivo de inserir o País no mercado internacional e dotar o aparelho estatal de mais “governança”² e de mecanismos político-institucionais mais eficientes para executar suas funções.

Assim, conforme Paula (2007), o Programa de Reforma Administrativa do Estado, pregou o desmantelamento do aparelho burocrático, a superação do patrimonialismo

² Segundo Bresser-Pereira (1997), o conceito de governança é utilizado para referir-se ao conjunto das “condições financeiras e administrativas de um governo para transformar em realidade as decisões que toma”.

e do autoritarismo estatal, na busca de um Estado mais moderno, eficiente e democrático. Além disso, demandava a flexibilização do mercado de trabalho, a desregulamentação da economia e a desverticalização produtiva. Esses fatos justificaram a adoção de um novo modelo de administração pública, pautado nos moldes gerenciais.

As propostas da vertente gerencial foram concebidas e implementadas durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), com a participação ativa do ex-ministro da Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser-Perreira. A vertente se tornou hegemônica quando a aliança social-liberal alcançou o poder e implementou a administração pública gerencial (PAULA, 2007, p. 115).

No entanto, falar em modelo gerencial na administração pública requer algumas considerações. Pierantoni (2001) ressalta que, apesar de as bases técnicas dos processos gerenciais no setor privado serem as mesmas para o setor público, existem diferenças a partir dos objetivos organizacionais. No setor privado, as medidas de base econômica visam à eficiência na prestação dos serviços, à racionalização dos recursos e ao lucro privado. Na esfera pública, as medidas dizem respeito a conceitos mais amplos relacionados com o bem-estar da sociedade, com a cidadania e com a satisfação do usuário, ou seja, com o interesse público.

Assim, o caminho escolhido pelo Governo, passou a basear-se em soluções quantitativas para ajustar as contas públicas, conforme o caminho traçado pelas empresas privadas e pela escolha de um Estado distanciado das tarefas desenvolvimentistas e de provisão, a fim de fortalecer as funções de promoção e regulação do desenvolvimento.

O Estado que se ergueria a partir de então resultaria em reformas profundas, calcadas na redução dos custos e no desenvolvimento de uma cultura gerencial. Destacam-se algumas ações, como o ajuste fiscal, as privatizações, os cortes nos gastos públicos, a transformação de entidades públicas em organizações sociais de direito privado, a quebra da estabilidade de emprego dos servidores públicos, o estabelecimento de uma política de estreitas relações com o FMI e o fim de um regime jurídico único de trabalho, o que ocasionou a proliferação de diversos tipos de contratos de trabalho, mediados por cooperativas, fundações privadas e ONGs (LAURELL, 1997; ANTUNES, 2007; NOGUEIRA, 2005b e PAULA, 2007).

A preocupação central do Governo, nesse período, foi a de realizar o ajuste no orçamento público, como o corte nos gastos com políticas sociais e, ainda, a diminuição do número de servidores públicos. O surgimento de idéias contrárias ao processo de vinculação dos servidores ao regime estatutário ocasionou a precarização dos vínculos de trabalho nas administrações públicas federais, estaduais e municipais. Como resultado desse processo, destaca-se a terceirização nos serviços públicos por meio dos prestadores de serviço e dos contratos por tempo determinado.

Nesse sentido, a proposta de reformar o Estado brasileiro significava torná-lo menor e mais forte, voltado para as atividades que lhe são específicas, ou seja, com maior governabilidade (poder de governar) e maior governança (poder de implementar políticas públicas). Assim, a Reforma passou a ser composta de quatro elementos básicos (BRESSER-PEREIRA, 1997, p.18-19):

- 1 - delimitação das funções do Estado, reduzindo o seu tamanho, principalmente em termos de pessoal, com programas de privatização, terceirização e "publicização", através do qual se dará a transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos, atualmente executados pelo Estado;
- 2 - redução do grau de intervenção do Estado na economia e sua transformação em promotor de competição do país ao nível internacional;
- 3 - aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal que devolve autonomia financeira ao Estado; da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés de burocrática); e a separação das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação e a sua execução;
- 4 - aumento da governabilidade, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social.

Em relação às atividades exclusivas do Estado, Paula (2007) salienta que estariam ligadas a regulação, fiscalização, fomento e formulação de políticas públicas, além do estabelecimento de legislações afins, sob responsabilidade do núcleo estratégico do Estado, ou seja, dos membros do poder executivo, das agências executivas e reguladoras.

Por sua vez, as atividades não exclusivas do Estado seriam as atividades de caráter competitivo e as auxiliares ou de apoio (limpeza, vigilância, transporte, serviços técnicos, manutenção, entre outras). Nas atividades de caráter competitivo, estariam

os serviços sociais, como saúde, educação e assistência social, e as atividades científicas.

Conforme esse entendimento, as atividades não exclusivas do Estado deveriam ser deslocadas para o setor privado ou para as organizações sociais, que integrariam o setor público não estatal (e teriam maior autonomia e flexibilidade, pois adotariam uma lógica de mercado), com o financiamento do Estado, através de um contrato de gestão, com dotação orçamentária pública para a prestação dos serviços. As atividades auxiliares e de apoio seriam submetidas à terceirização, por meio de licitação pública (PAULA, 2007).

Arretche (1996) destaca que o Estado diminuiria seu papel de executor ou prestador direto de serviços, tornando-se regulador, provedor ou promotor dos serviços como educação, habitação e saúde.

[...] apesar de o ministro Bresser-Pereira, em seus vários pronunciamentos e textos escritos, ter salientado os aspectos inovadores da proposta do MARE no sentido de eliminar os pontos de estrangulamento da administração pública brasileira, [...] e implantar um modelo socialdemocrata, a orientação básica do governo esteve voltada para as questões relativas à crise fiscal e à necessidade de alcançar a austeridade orçamentária. Em consequência, a reforma administrativa foi efetivamente contida pelas metas do ajuste fiscal [...] Eis porque os dispositivos centrais da reforma consistiram na eliminação dos princípios da estabilidade, da isonomia e do regime jurídico único, além da referida distinção entre os vários núcleos do Estado (DINIZ, 2000, p. 52-53).

Assim, podemos inferir que a reforma do Estado esteve pautada necessariamente no ajuste fiscal, e não necessariamente nos problemas relacionados à eficiência da burocracia pública e à melhoria dos serviços prestados à população.

No que diz respeito à Gestão do Trabalho, trouxe inúmeras consequências, que se fazem presentes até os dias atuais nas administrações públicas. Exemplo disso é a falta de valorização e investimentos na gestão de seus trabalhadores, além da precarização dos vínculos de trabalho de grande número de trabalhadores (flexibilização da força de trabalho).

Outra consequência importante nesse processo e um de seus vetores estruturantes foi a descentralização, que transferiu responsabilidades do Governo Federal para os governos estaduais e municipais, sendo entendida como uma forma de aumentar a eficácia e eficiência dos gastos através do município, além da transferência de

responsabilidades e funções, que poderiam ser realizadas, geridas e executadas pelo Estado, para as organizações públicas não-estatais e as organizações privadas.

O debate sobre essa estratégia já vinha acontecendo desde a década de 1980, quando tanto a corrente da direita como a da esquerda deram lugar de destaque à descentralização, pois ela era necessária ao processo de redemocratização e à prestação de serviços mais eficientes à população, principalmente após o regime ditatorial (DURIGUETTO, 2007).

Entretanto, essa estratégia foi utilizada para fazer cumprir e efetivar a Reforma Administrativa que vinha sendo propagada. Nessa lógica, propunha-se um rearranjo das estruturas político-institucionais, para dotar os níveis subnacionais de maior poder e autonomia política. O Governo teria capacidade, assim, de assumir novas funções descentralizadoras, administrativas e institucionalmente fortes.

Esses dois vetores descentralizantes nas estratégias neoliberais – o administrativo e o da área social -, objetivam, na verdade, a minimização da ação pública estatal no que tange aos serviços e políticas sociais – especialmente às políticas que compõem o campo da Seguridade Social – e sua transferência para a sociedade civil (convertida em “terceiro setor”) e o mercado (DURIGUETTO, 2007, p. 179).

A descentralização seria assim utilizada como um dos pilares na construção de um governo de corte neoliberal, em que os argumentos da modernização do sistema, da ampliação do universo de cobertura e da melhora da qualidade do atendimento, na verdade, traduziriam uma política de transferência da responsabilidade das ações públicas para os entes municipais e para a sociedade civil, reduzindo assim os gastos federais.

Na ótica do Programa de Reforma do Estado, a descentralização é vista como um conjunto de procedimentos formais, funcionais à racionalização, à modernização e à reprodução ampliada do sistema que se pretende modificar. É idealizada como uma forma de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto, pois aproxima problemas e gestão, transferindo a responsabilidade de como financiar, administrar e produzir os serviços para os níveis locais.

Em relação a esse aspecto, destacamos que, desde a Constituição Federal de 1988, esse processo já vinha sendo efetivado, na medida em que reforçou a autonomia

financeira dos municípios e garantiu um volume maior de transferências constitucionais, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e cotas-parte do imposto sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços (ICMS). Além disso, possibilitou o aumento da capacidade dos municípios de legislar sobre os assuntos de seu interesse (NEVES, 2000).

Neves (2000) ressalta ainda que esse processo acabou provocando inúmeras dificuldades, pois não foi capaz de contemplar todas as ambigüidades e heterogeneidades dos municípios brasileiros, refletindo em formas variadas para arcar com os encargos e responsabilidades. Juntamente com essa situação, a crise do Estado fez com que a União adotasse iniciativas que acabaram reduzindo benefícios e vantagens financeiras iniciais e transferindo para os municípios novos encargos, como manutenção de delegacias, fóruns, entre outros.

Dessa forma, é possível concluir que ocorreu “[...] uma descentralização de encargos e um progressivo corte de recursos [...] com claro desequilíbrio entre as responsabilidades e os ônus e os recursos transferidos para suportá-lo” (NEVES, 2000, p. 23).

Apesar disso, os municípios passaram a custear boa parte dos programas e projetos sociais, além da folha de pagamento de seus servidores, principalmente nas áreas de saúde e educação (AFONSO; ARAÚJO, 2000).

Em relação à área da saúde, Machado (2006) aponta que foi possível não só uma grande expansão do setor, tanto no nível público como no privado, mas também o aumento dos estabelecimentos de saúde, em especial da rede ambulatorial e dos empregos na área municipal. “O foco passa a ser o município, que, além de precisar ampliar sua rede de atendimento [...], passa a ser o maior empregador em saúde do país” (MACHADO, 2006, p. 14).

Assim, a descentralização administrativa e em especial a descentralização da saúde, propiciou desigualdade e dificuldades distintas entre os municípios, seja pelo seu tamanho, capacidade de gestão e recursos financeiros, seja pela distribuição desigual da população, com alta concentração nos grandes centros urbanos e conforme traz Gerschaman (2000), as contrapartidas financeiras do SUS estavam sempre postas na arena política como componente de pressão e resistência para a

não-efetivação do processo de municipalização e, conseqüentemente, para a não-regulamentação dos preceitos e pressupostos da Reforma Sanitária.

Outros dois pontos importantes da Reforma dos programas sociais são a privatização e a focalização.

A focalização pressupõe o direcionamento do gasto social a programas e populações específicas, seletivamente escolhidas por seu maior risco e necessidade, o que esbarra no princípio de universalidade instituído pelo SUS e na garantia do acesso de toda a população aos serviços de saúde.

Na privatização, transfere-se a produção de bens e serviços públicos para o setor privado, considerado “mais lucrativo e ágil”, que supostamente apresenta respostas à crise instalada e ao uso indevido de recursos públicos, visto que atua de forma a imprimir um gerenciamento em suas instituições voltado para a eficiência e eficácia dos serviços prestados.

A privatização dos serviços e políticas constitui uma estratégia que, de modo geral, acompanha esses processos de descentralização administrativa e financeira. A privatização vem sendo realizada tanto em relação à transferência de oferta desses serviços para a sociedade civil quanto pelo mercado. O primeiro vetor privatizante é a transferência da produção e/ou distribuição dos serviços sociais para as “instituições públicas não-estatais” que compõem o chamado campo do “terceiro setor”: associações de filantropia, grupos e organizações comunitárias. ONGs, trabalho voluntário, organizações filantrópicas tradicionais e suas formas modernas, aí incluindo a chamada filantropia empresarial (DURIGUETTO, 2007, p. 179).

Esse novo desenho do Estado constitui-se então numa orientação válida para toda a Federação, o que pode ser comprovado pela adesão dos governos locais a programas de privatização de empresas públicas, aos Planos de Demissão Voluntária, às estratégias de terceirização para reduzir custos da força de trabalho e gerar investimentos produtivos, ou para manter a qualidade dos serviços públicos, pelo comprometimento da receita com a aposentadoria dos servidores, o salário dos ativos ou o pagamento da dívida pública.

Em relação à estratégia de terceirização dos serviços públicos e à relação entre o Estado e a Organização que vai prestar o serviço ao Estado, algumas questões devem ser ponderadas, pois, “[...] em um mundo de muitos estados de natureza contingentes, esses contratos não podem especificar todas as eventualidades”

(PRZEWORSKI, 1996, p. 22). Por isso, muitos são os problemas relacionados a essa estratégia, como aponta Costa (1998, p.19):

- 1 a baixa experiência da administração pública na regulação eficiente das organizações terceirizadas, potencializando um processo de captura e baixa responsabilização;
- 2 a pouca confiança na capacidade de contratualização do Estado;
- 3 a ameaça aos direitos dos cidadãos de acesso e utilização de bens públicos pela criação de mecanismos alternativos ao quase-mercado para financiamento de organizações situadas no terceiro setor. Esta ameaça tem recolocado na agenda a discussão das atividades estratégicas as quais o poder público não pode submeter a mecanismos de mercado pela ameaça à equidade e à justiça distributiva;
- 4 a indefinição sobre quem arca com os altos custos de transação para estabelecer o equilíbrio entre principal e agente, e prevenir os contratos contra as condutas oportunistas;
- 5 a constatação de que as teorias de mercado aplicadas ao setor público podem produzir resultados incertos e desastrosos, gerando novos gastos pela necessidade de correção das falhas do mercado em situações de assimetria de informação entre os agentes ou de controle por um único provedor dos mercados criados pelo setor público.

Podemos inferir, então, que a terceirização dos serviços traz inúmeros prejuízos à administração pública e à população alvo, sem contar os problemas causados aos trabalhadores, que muitas vezes são contratados sem a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários e sujeitos as perdas salariais.

Como forma de minimizar os efeitos do processo de terceirização dos serviços e dotar o Governo de capacidade suficiente de regulação e governança dos principais serviços públicos em que o mercado passou a atuar, foram criadas agências regulatórias, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Agência Nacional das Águas (ANA), a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), entre outras.

A criação das agências representou a nova face do Estado pós-desenvolvimentista, no qual a ação do Estado assume um caráter eminentemente regulatório e facilitador, por meio da transferência de ativos públicos para agentes privados – as privatizações. Representou, assim, um movimento fortemente marcado pela difusão internacional de uma nova ofensiva do capital. Por outro lado, esteve associada a uma reforma administrativa que definia um núcleo de atividades exclusivas do

Estado, no qual estavam concentradas as funções de regulamentação, fiscalização, fomento, segurança e seguridade social.

O processo reformador empreendido pelo Estado na década de 1990, conforme aponta Nogueira (2005b), repercutiu na sua desvalorização, na desorganização de seu aparato técnico e administrativo e, também, no cerne dos sistemas administrativos, produzindo a quebra de vínculos e o menosprezo das especificidades do servidor público em termos de desvalorização profissional e desmotivação.

Outro ponto importante a ressaltar foi o fim de um Regime Jurídico Único (RJU) para os servidores públicos, conforme aponta Paula (2007, p. 132):

[...] o Regime Jurídico Único para os servidores, que na Constituição de 1988 havia transformado os celetistas em estatutários, foi eliminado. Entre os objetivos da extinção do Regime Jurídico Único, Bresser-Pereira aponta a viabilização da contratação de funcionários públicos por meio de regime celetista e da criação de um regime especial de emprego público para os que trabalham no campo das atividades não exclusivas de estado. Vale ressaltar que, com a mudança, o regime estatutário se tornou exclusivo dos funcionários públicos de carreira, que estão vinculados ao núcleo estratégico do Estado.

O fim do RJU foi efetivado por meio da Emenda Constitucional (EC) n.º 19, de 04 de junho de 1998, que modificou dispositivos da Constituição Federal de 1988 (Art. 39), referentes à administração pública e ao servidor público, alterando o regime administrativo do Estado brasileiro, seus princípios e normas, além de propor o controle das despesas e finanças públicas, para influenciar o custeio de atividades a cargo do Distrito Federal (BRASIL, 1998). Essa mudança, em linhas gerais interferiu na admissão de pessoal, na política remuneratória, na estabilidade e na descentralização das funções das entidades administrativas.

Segundo Bulos (1998), a partir da EC n.º 19/98 foi possível fazer retornar o regime celetista nas administrações públicas, autarquias e fundações. Percebe-se, assim, que se alargou a tendência de se fomentar a execução indireta ou terceirização de atividades, em parceria com as organizações sociais (Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998).

Podemos perceber então que, no campo da saúde pública, a Reforma do Estado trouxe grandes impactos, sobretudo na questão da força de trabalho em saúde,

diretamente atingida pelas mudanças realizadas nesse período, que até hoje sofre as consequências desse processo.

Conforme Campos (2006), o SUS esteve em “descompasso com o discurso liberal hegemônico”, pois se formou em um contexto de ajuste econômico muito estrito. Ao mesmo tempo em que se propunha alcance universal, integralidade das ações e aumento dos servidores públicos, argumentava-se a favor da focalização dos programas e reservava-se ao Estado o papel de regulador do mercado e de prestação de alguns serviços considerados “estratégicos”, passando a ser o atendimento da população delegado ao serviço privado.

Vale lembrar que o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado, pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, e organizado de forma descentralizada, hierarquizada e com a participação da população.

O Art. 196 da Constituição define: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Nesse artigo ficou estabelecida a universalidade da cobertura do SUS.

Segundo Araújo (2006), o SUS passou a ser financiado pelo orçamento da seguridade social, e a política para seus trabalhadores, marcada pelo resgate de ideais de justiça social, promoção de bem-estar, recuperação dos direitos de cidadania e investimento no desenvolvimento de seus trabalhadores, considerados como os principais agentes de transformação.

Apesar da importância substancial da política de saúde pública e universal e da valorização, formação e emprego para os trabalhadores da saúde, bem como da orientação para a constituição de um Plano de Cargos, Carreiras (PCCS) compatíveis com o desenvolvimento do trabalhador, esse movimento esteve na contramão do processo desencadeado no mundo e não conseguiu conter o avanço das idéias neoliberais, consolidando-se um projeto de saúde articulado ao mercado de trabalho e ao desmonte estatal, além da primazia das questões econômicas em detrimento das questões sociais.

A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho na década de 1990 – adotada pelo governo federal e seguida, em boa medida, pelos governos estaduais e municipais – produziu efeitos deletérios no SUS. Verifica-se hoje nas instituições um volume enorme de contratações de serviços por terceirização. O processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muitas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis (MACHADO, 2005, p. 272).

As mudanças empreendidas a partir da globalização da economia, do neoliberalismo e do Programa de Reforma do Estado no Brasil colocaram em cheque boa parte dos direitos adquiridos pelos cidadãos e pelos trabalhadores ao longo do tempo. Campos (1992) ressalta que os últimos governos brasileiros vêm privilegiando a contenção de gastos, as privatizações e as medidas focadas em seleção de demandas através de orientações econômicas de organismos financeiros internacionais, que acabam impondo processos recessivos e políticas sociais restritas.

Verifica-se hoje um grande número de serviços do SUS sendo prestados por instituições não governamentais, o que tem acarretado a perda de direitos socialmente adquiridos pelos trabalhadores durante séculos de lutas, através de contratos de trabalhos chamados de “flexíveis”, com o intuito de diminuir os gastos com pessoal e equilibrar as despesas das instituições públicas, conforme as recomendações neoliberais.

O processo de trabalho e o mundo do trabalho, em consequência da política neoliberal, sofreram efeitos “deletérios”, especialmente no SUS, pois existem hoje vários tipos de vínculos de trabalho (flexibilização do trabalho) e formas de remuneração, ocasionando a competição, o individualismo e ambientes pouco saudáveis para os trabalhadores (MACHADO, 2006).

Para a população, essa situação acarreta, na maioria das vezes, a baixa qualidade dos serviços prestados, a descontinuidade das ações e a falta de estabelecimento de vínculo, na medida em que muitos dos trabalhadores não se sentem motivados, recebem tratamento diferenciado em relação ao seu tipo de vínculo, ou mesmo não permanecem em seus locais de trabalho, pois se encontram em franca situação de precarização dos vínculos empregatícios.

Nogueira (2003) conclui que esse processo ocasionou no mundo do trabalho mudanças substanciais, vivenciadas, inclusive, na atualidade, como a flexibilização dos vínculos empregatícios e a terceirização de serviços, atingindo em grande escala os setores público e privado. No setor público, a terceirização passou a ser materializada, em grande parte, como uma alternativa à rigidez dos padrões vigentes da gestão dos servidores estatutários.

Machado (2005) ressalta ainda que a flexibilização contratual vem ocasionando no SUS situações de trabalho em condições precárias e vulneráveis, sem a observância da lei, ou seja, sem a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários.

Outra situação que imprimiu mudanças na Administração Pública, como já citado anteriormente, foi à edição da EC n.º 19/98, que acabou favorecendo a flexibilização das contratações de pessoal, na medida em que muitos trabalhadores acabaram sendo vinculados às instituições públicas, através de contratos por tempo determinado, o que ofende o inciso II do Art. 37 da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo ou emprego na atividade-fim da Administração Pública (BRASIL, 1998). Além disso, fomentou a execução direta ou a terceirização de atividades, principalmente em parceria com as organizações sociais, e colocou em cheque o regime estatutário em relação ao seu custo com aposentadorias.

A EC nº 19/98 mudou o foco do papel do Estado, que incluía a saúde pública não como um núcleo estratégico, mas como uma função não exclusiva, portanto sujeita a terceirização, privatizações e outras medidas que pudessem “imprimir ao Estado maior governança”. Abriu também, uma brecha para a realização de contratos temporários, sem as devidas garantias trabalhistas e previdenciárias (BRASIL, 2006e).

Assim, essa Emenda, juntamente com as propostas de reformas estruturais do Estado, contribuíram para o avanço e a ampla adoção da flexibilização das relações de trabalho no âmbito do Governo Federal e dos estados e municípios.

A flexibilização do trabalho ou as condições de trabalho precário são entendidas como situações advindas das relações ou condições inadequadas de trabalho, ou

seja, estão diretamente relacionadas com alguma irregularidade e/ou desobediência às normas do direito do trabalho e do direito administrativo que possam transgredir a proteção social ao trabalho, como ausência de direitos inerentes ao tipo de contrato firmado e ausência de concurso público (BRASIL, 2005a).

Castro (2006) ressalta que o trabalho precário pode ser observado, de formas diversas, nos vínculos temporários, no trabalho não-assalariado, nas contratações de trabalho informais ou terceirizadas, na subcontratação, nos trabalhos em tempo parcial, no pagamento por produção e na contratação via cooperativas, as quais não apresentam direitos trabalhistas previstos em lei e nenhuma garantia de assistência e proteção social, como férias, aposentadoria, décimo terceiro salário, licenças remuneradas e outras.

Para Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004), a noção de trabalho precário diz respeito à falta de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de trabalho sustentadas pela Administração Pública.

Arias e outros (2006) ressaltam que a questão da precariedade do trabalho envolve outros três aspectos: estrutura, gestão e desenvolvimento:

- estrutura (carência de pessoal qualificado; falta de recursos financeiros; estrutura física ruim; ausência de um sistema de informação adequado; situação hierárquica ruim da área etc.);
- gestão (remuneração insuficiente; precarização; limites da LRF; insensibilidade governamental para o setor; ausência de PCCS, ausência de planejamento, programação e diagnóstico; ausência de concurso etc)
- desenvolvimento (falta de recursos para desenvolvimento; ausência de política, programa e planejamento de desenvolvimento; fragmentação de atividades; ausência de envolvimento do setor de RH; indefinição dos fluxos de capacitação; ausência de envolvimento da gestão e da gerência).

Pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS aponta que essas áreas são tidas como críticas para a gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2004b).

Com base nas definições citadas anteriormente, a precarização será entendida nesta pesquisa como as condições relacionadas ao vínculo institucional dos trabalhadores: alguma irregularidade ou desobediência às normas do direito administrativo e do direito do trabalho, como falta de estabilidade, remuneração insuficiente, ausência de direitos sociais e previdenciários (férias, décimo terceiro salário, auxílio maternidade, licença remunerada, aposentadoria, entre outros benefícios), ausência de concurso público, vínculos temporários, pagamento por produção ou gratificação, contratações de trabalho informais, terceirizadas via cooperativas e OSCIP, ausência de PCCS, de uma política de desenvolvimento de pessoal e de envolvimento da gestão e da gerência nas questões relacionadas ao processo de trabalho (ARIAS et al., 2006; BRASIL, 2005a; CASTRO, 2006; NOGUEIRA; BARALDI e RODRIGUES, 2004).

O debate sobre a gestão do trabalho no SUS revela uma série de desafios a serem enfrentados no cenário político-econômico atual, onde encontramos um grande número de trabalhadores em situação precarizada, o que resulta em menores salários, ausência de benefícios, fragmentação, alta rotatividade, falta de uma política de desenvolvimento de pessoal, desmobilização da classe trabalhadora, diversas modalidades contratuais e descontinuidade das ações voltadas para a melhoria das condições de trabalho e também do atendimento à população.

Essa realidade tem demonstrado que, em uma mesma equipe de trabalho, podem coexistir relações e contratos de trabalho diversos, que acabam segmentando ainda mais os trabalhadores, aumentando a competitividade, a rotatividade e também a ocupação em várias jornadas e em locais de trabalho diferentes, o que prejudica a qualidade dos serviços oferecidos à população. Ainda, esses contratos de trabalho, muitas vezes não garantem a cobertura mínima dos direitos trabalhistas.

Essas novas modalidades de inserção e vínculos de trabalho produzem efeitos no modo de trabalhar, por exemplo, o trabalhador é estimulado a adotar uma postura mais individualizada. Por sua vez, os relacionamentos interpessoais tornam-se ruins e o ambiente de trabalho estressante, acarretando desestímulo e até mesmo a falta de continuidade das ações e serviços de saúde.

Machado (2005) ressalta que o setor saúde se transformou em uma “anarquia institucional organizada” – o mercado de trabalho em saúde utiliza mão-de-obra calculada em dois milhões de trabalhadores, atuando em quase sete mil estabelecimentos distribuídos entre os municípios brasileiros, com diversas modalidades de contratação e jornadas de trabalho. Somada a esse fato, encontramos no SUS a precarização do trabalho em áreas essenciais do setor, principalmente através de contratação de serviços e trabalhadores por empresas terceirizadas.

Percebe-se ainda que essa conjuntura compromete a prática profissional, levando a uma situação de desconforto, insegurança e desvalorização do trabalhador, o que se reflete em sua ação como profissional e na falta de uma política eficaz que possa mudar ou reorientar a atenção em saúde:

[...] as modalidades de vinculação de pessoal vão se multiplicando e se diversificando. Criam diferenças entre trabalhadores contratados por esquemas “velhos” e “novos”, entre os que estão “dentro” dos quadros próprios da instituição e os que “estão de fora”, fixados através de mecanismos paralelos de terceirização e parceria. [...] expressam também em diversidade de critérios de remuneração e gratificação, gera, assim, uma realidade de conflitos potenciais e reais entre os trabalhadores (NOGUEIRA, 2003, p. 46-47).

O crescente processo de precarização das relações de trabalho e a ausência de um PCCS e de uma política de desenvolvimento de pessoal desestimulam o crescimento profissional e um maior envolvimento do trabalhador no processo de trabalho, o que desqualifica o atendimento, interfere no estabelecimento de vínculos institucionais, profissionais e comunitários, provoca a desmotivação e a não-responsabilização perante o serviço e o usuário. Influenciam, ainda, na dedicação dos trabalhadores de saúde e na sua profissionalização e na elevada rotatividade e descontentamento profissional. Essa situação torna-se cada vez mais preocupante, se considerarmos o papel que os trabalhadores têm na implementação de uma nova forma de organização do trabalho, na inserção do usuário nesse processo e na garantia da qualidade dos serviços oferecidos.

Além disso, os contornos alcançados por esse processo de desregulamentação do trabalho ainda atingem de forma voraz a grande maioria dos municípios brasileiros e, principalmente, os trabalhadores da ESF (que será analisada mais adiante), amplamente difundida no País.

Essas dificuldades têm sido preocupações constantes, imprimindo novas análises, discussões e estratégias para solucionar o problema da difusão das diversas modalidades de contratação, da redução da capacidade de negociação e da falta de investimento no desenvolvimento dos trabalhadores, ou seja, a falta de uma política de gestão do trabalho que contemple a motivação, o desempenho e a valorização dos trabalhadores do SUS.

Pensando em todas essas questões, torna-se urgente a compreensão e implantação da gestão do trabalho, conforme defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, já que a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos serão o espelho das formas e condições como são tratados os que atuam nas instituições.

De acordo com Arias e outros (2006), os desafios para a gestão do trabalho são diversos, devido à gravidade da crise de inoperância dos serviços em meio ao enorme volume de demandas sociais e à fragilidade dos modelos administrativos em uso nas instituições.

Proliferam-se, assim, principalmente nos municípios, inúmeras situações de desregulamentação do trabalho e de inoperância de políticas voltadas para o trabalho, o que reforça a necessidade de ações que possibilitem a mudança desse cenário para que os trabalhadores possam ser, de fato, a mola propulsora desse processo, e a população usuária dos serviços ter a garantia de um atendimento de qualidade.

3 TRABALHADORES DE SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1 ANTECEDENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF surgiu no Brasil após a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. O Ministério da Saúde institucionalizou, a partir desse Programa, as experiências bem-sucedidas que vinham acontecendo em alguns estados do País, como Ceará, Mato Grosso do Sul e Paraná. Inicialmente essas experiências tinham por objetivo diminuir a mortalidade infantil e materna, com enfoque voltado para família:

[...] pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção (VIANA; DAL POZ, 2005, p. 230-231).

Com o êxito das ações desenvolvidas pelo estado do Ceará, o Ministério da Saúde, percebeu a importância desse Programa para a consolidação do SUS e da reorganização dos serviços de saúde dos municípios. Conforme apontam Viana e Dal Poz (2005), a ESF foi concebida inicialmente como um programa, a partir de uma reunião ocorrida em 1993, em Brasília, como resposta a uma demanda dos secretários municipais de Saúde, que almejavam apoio financeiro para realizar mudanças na forma de organização da rede básica de saúde, propondo a expansão do PACS para outros tipos de profissionais, como já acontecia no Ceará que tinha em cada equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) um enfermeiro para coordenar as ações, e em Niterói, com o Programa Médico da Família.

Após essa reunião, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que se institucionalizou em 1994, focalizando grupos populacionais relativamente excluídos pelo modelo de atenção hegemônico e buscando a efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS).

Neste mesmo ano, foi publicado um documento intitulado “Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa”, que estabelecia as diretrizes e objetivos do PSF. A partir de então, o Programa passou a ser tido como uma alternativa de reorganização do modelo de atenção à saúde voltada para a superação do modelo médico-assistencial privatista (baseado na doença, no indivíduo, e centrado na figura do médico) que se firmou com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), na década de 1960.

Segundo Ximenes Neto e Sampaio (2007), o PSF cresceu em número de equipes implantadas em todo o País e também proporcionou bons resultados, como a redução de indicadores de morbidade e mortalidade e a melhoria de indicadores de qualidade de saúde, a exemplo dos do pré-natal e da cobertura vacinal.

A partir desses avanços, em 1997 o PSF deixou de ser um programa e passou a ser uma política governamental estratégica da APS em todo o País, mesmo porque o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, e um programa estratégico de reorganização da APS não pode prever um tempo para sua finalização.

O Ministério da Saúde formalizou-o então como ESF, incorporando nele um novo olhar, com foco na família, no indivíduo, no trabalho em equipe e, ainda, baseado no espaço local - o município - e no aprofundamento da descentralização. Contudo, qualquer mudança na lógica do setor saúde tem necessariamente que considerar

[...] tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições de saúde. Tem que impactar e impulsionar os sujeitos envolvidos neste processo, ou seja [...] as pessoas, as estruturas e as relações entre elas, criando-se também formas outras de responsabilização e autonomias (CAMPOS, apud CECÍLIO, 1994, p. 30).

Cecílio (1994), ao colocar a importância dessa mudança, ressalta que ela deve acontecer através de um processo que envolva os sujeitos, ou seja, os trabalhadores e as instituições de forma dinâmica e interativa para imprimir

mudanças nos modelos e na forma de pensar a saúde. Daí a importância de considerar os trabalhadores e investir em políticas que favoreçam seu desempenho e valorização.

Na realidade, busca-se a transição de um modelo voltado para a doença para outro que tenha na saúde e na qualidade de vida seus eixos norteadores, em que co-existam mecanismos de comunicação e integração entre os profissionais da equipe. Nessa transição, as mudanças deverão ocorrer tanto no nível conceitual ou político, quanto, e essencialmente, no campo das práticas, ou seja, no fazer cotidiano das relações de trabalho dos atores envolvidos nesse processo. Por isso a importância atribuída à ESF para a mudança do modelo assistencial.

Buscando o aumento da cobertura e a consolidação da estratégia nas cidades com população acima de 100 mil habitantes, o Ministério da Saúde, com o apoio do Banco Mundial, lançou o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). A extensão da cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada desde então pela crescente ampliação do número de equipes da ESF no País.

De acordo com o Ministério da Saúde, em junho de 2005 havia 22.410 equipes de Saúde da Família implantadas em 4.791 municípios, representando 86,2% dos municípios do Brasil (BRASIL, 2005b). No Espírito Santo, segundo dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB, maio de 2006), a cobertura era de 51% da população atendida por equipes de Saúde da Família. Esses dados demonstram que a ESF está consolidada em nosso País e vem ganhando a cada dia um número maior de adeptos, seja pelo reconhecimento de sua importância, seja pela política de incentivo proposta pelo Governo Federal.

No entanto, essa estratégia apresenta variadas facetas e, apesar de sua grande importância para o cenário nacional, ainda não conseguiu superar alguns problemas, como a falta de estabelecimento de vínculo com as famílias/comunidade e a alta rotatividade dos trabalhadores que compõem as equipes:

Por se propor a reorganizar o modelo assistencial a partir da reconfiguração da atenção básica, enfrenta desafios próprios e dos demais níveis de atenção à saúde. A lógica do trabalho está baseada na atuação em área delimitada, e seus profissionais devem adequar-se a uma nova forma de organização do trabalho (ROZA; RODRIGUES, 2003, p.59 e 60).

Além disso, enfrenta problemas relacionados ao tipo de vinculação dos trabalhadores à instituição, ou seja, os tipos de contratos de trabalho estabelecidos, que, muitas vezes, por contrariar os direitos sociais do trabalho, expõem o trabalhador a uma situação de vulnerabilidade e precarização.

No Espírito Santo, a ESF, iniciou em 1998, com a adesão do município de Vitória ao Programa, estendendo-se a vários municípios a partir de então. Os dados do Sistema de Informações de Saúde sobre o Programa de Saúde da Família (SISPSF),³ da Secretaria de Estado da Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2005), revelam que a precarização do trabalho é um dos maiores desafios a ser enfrentado pelos órgãos públicos, pois em todos os municípios analisados existiam modalidades de trabalho entendidas como precárias. Analisando o tipo de vínculo por regional de saúde, temos os seguintes dados:

Tabela 1 - Percentual de vínculos precários dos trabalhadores das equipes da ESF por Regionais de Saúde do Espírito Santo

REGIONAL	N.º DE TRABALHADORES ESF *	VÍNCULOS PRECÁRIOS
Cachoeiro de Itapemirim	488	87%
Colatina	353	92%
São Mateus	162	88%
Vitória	662	78%

Fonte: ESPÍRITO SANTO (2005).

* Os trabalhadores aqui descritos são todos os profissionais que compõem a equipe mínima da ESF, incluídos os profissionais de Saúde Bucal e excluídos os ACS.

³ O SISPSF foi elaborado a partir dos dados coletados no Processo de Certificação das Equipes de Saúde da Família, em 2005, cuja meta era a entrevista de 100% das equipes cadastradas no SIAB/Ministério da Saúde (base: agosto/2005), no território capixaba, o que correspondia a 460 equipes em 73 municípios, em um quadro de avaliação amplo, geral, com base única, de condução instrumental, que teve como um dos objetivos elaborar um diagnóstico da situação da ESF no Estado, levantando as condições de estrutura e o processo de trabalho.

Estes dados demonstram que o problema da precarização dos vínculos de trabalho nas equipes de Saúde da Família no Estado do Espírito Santo é preocupante, principalmente, se considerarmos que os ACS não estão inclusos neste levantamento, o que representaria um número ainda maior.

Dentro desse sistema, as modalidades ou tipos de vínculo com a instituição são os mais diversos: contrato temporário, autônomo, contrato via Organização Não-Governamental (ONG) ou cooperativa, celetista, comissionado, sem carteira assinada e outros, o que desvincula totalmente a exigência do princípio da legalidade da ação da administração pública e de proteção dos direitos associados ao trabalho.

Assim, os dados demonstram que, no Espírito Santo, a situação de precarização dos vínculos de trabalho nas equipes de Saúde da Família é uma realidade e que ações precisam ser realizadas para minimizar ou eliminar o problema.

3.2 TRABALHADORES DE SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES

Pretendendo dar andamento ao inquestionável processo de municipalização e à reorganização do sistema de saúde, a partir da implantação da Atenção Básica, os municípios passaram a utilizar as mais diferentes formas de contratação de trabalhadores para compor as equipes da ESF sem que fossem ultrapassados os limites estabelecidos na LRF de 60% da receita total em gastos com pessoal. Inicialmente, o próprio MS estimulou a criação de equipes de Saúde da Família sem considerar a capacidade dos municípios de integrarem novos trabalhadores à sua folha de pagamento.

A LRF define a totalidade da despesa com pessoal como sendo o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive

adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelos entes às entidades de previdência (FIGUEIRÊDO; NÓBREGA, 2004, p. 20).

Como aponta Lima (1998), essa situação ocasionou no setor público de saúde um crescente aumento da ausência de vínculos com a instituição, pois o “trabalhador” passou a ser contratado com menores obrigações trabalhistas e sindicais, ou seja, o trabalho não foi diretamente vinculado à instituição, que precisaria cortar custos e aumentar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados.

Em nossa realidade, esse movimento crescente, no setor de saúde, atinge gradualmente o conjunto dos trabalhadores, inclusive aqueles profissionalmente mais qualificados, como tem sido o caso dos médicos e das enfermeiras que, a cada dia, [...] vão-se incorporando ao setor público de saúde, pela venda de serviços por intermédio das cooperativas médicas por especialidades, perdendo o vínculo institucional de assalariamento e mesmo o sentido de equipe e a referência com a própria clientela (LIMA, 1998, p. 75).

Quando os fatos são analisados sob a ótica da ESF, algumas questões são ponderadas, como a importância do estabelecimento do vínculo institucional da equipe para que ela possa comprometer-se com a comunidade na qual está atuando, evitando assim a alta rotatividade entre os trabalhadores e permitindo “[...] a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculos e aceitação” (MERHY; ONOCKO, 1997, p. 7).

Lima (1998), ao sinalizar a realidade do mundo do trabalho, enfatiza o quanto a perda dos direitos dos trabalhadores ao longo dos últimos anos tem contribuído para maior desarticulação e vulnerabilidade da força de trabalho. O trabalhador, principalmente aquele com vínculo terceirizado, tem sido cada vez mais vítima do subemprego e das demissões, já que sua troca não acarreta grandes prejuízos para a instituição.

[...] com base numa possível solução de descontinuidade e da escassez de cargos na área de saúde, previstos nos seus respectivos planos de cargos e salários, diuturnamente estão os entes municipais e estaduais utilizando-se da mão-de-obra dos profissionais para compor as equipes de saúde da família, realizando contratações temporárias, por meio de leis locais autorizativas, supostamente de acordo com o dispositivo constitucional inserto no art. 37, inciso IX, utilizando-se como argumento “a necessidade temporária de excepcional interesse público” (ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 60).

Vê-se, na prática, que o gestor, com o interesse de solucionar a sua defasagem de pessoal na área da saúde, se utiliza de mecanismos indevidos de contratação. Estão os trabalhadores da saúde pública, em especial os da ESF, submetidos às mais variadas formas de contratação e, os municípios transferem muitas vezes a uma instituição privada toda a administração e execução dos serviços de saúde. Há, ainda, instituições públicas que desqualificam e desvalorizam o servidor, além de não adotarem uma política adequada de desenvolvimento e formação permanente de pessoal, nem terem um PCCS (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Essa situação, desde a constituição do SUS, já vem sendo apontada nas Conferências de Saúde e Diretrizes para a Norma Operacional de Gestão do Trabalho no SUS como um dos nós críticos para o processo de desenvolvimento do sistema, e precisa, portanto, ser analisada de acordo com as leis que regulam a questão do trabalho, a fim de que possamos compreender todo esse processo.

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 200, inciso III, traz como competências do SUS a ordenação na formação dos trabalhadores, e, no Art. 39 os critérios para a fixação de padrões de vencimentos e a obrigatoriedade de as três esferas de gestão manterem escolas para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores públicos (BRASIL, 1988), sinalizando assim uma preocupação com os trabalhadores para o processo de gestão.

A Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde - reforça o Art. 200 da Constituição Federal quando, em seu Art. 27, determina que a política de “recursos humanos” na área da saúde seja formalizada e executada articuladamente pelos três entes federados (BRASIL, 2001a). Já a Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, em seu Art. 4.º, condiciona o recebimento de recursos financeiros do Governo Federal à existência de Comissão de Elaboração do PCCS para os trabalhadores da saúde (BRASIL, 2001b).

Ressalte-se ainda a Resolução n.º 12, de 2 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde, que estabeleceu as normas formadoras de uma Política Nacional de “Recursos Humanos”, contendo as orientações gerais para a elaboração do PCCS do SUS (BRASIL, 1991).

Convém mencionar os esforços empreendidos na IX Conferência Nacional de Saúde, que apontou em seu relatório a necessidade da formulação de uma Política de “Recursos Humanos” para o SUS.

Também se destaca o relatório final da X Conferência Nacional de Saúde, que serviu de base para a elaboração da Norma Operacional Básica de “Recursos Humanos”/NOB/RH-SUS (Resolução n.º 330, de 4 de novembro de 2003), que define os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS – a discussão sobre a centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação do trabalho (BRASIL, 2003b)

A questão dos trabalhadores do SUS é uma das mais complexas e tem sofrido um enorme processo de desregulamentação, com diferenciação de direitos entre os trabalhadores, dupla ou tríplice jornada de trabalho, falta de estímulo profissional, desvio de funções, sujeição às várias e improvisadas vinculações e gestão e, ainda, falta de espaços de negociação (BRASIL, 2005a),

Além da manutenção de todas as situações anteriores, implementou-se a contratação de trabalhadores para o serviço público, sem concurso público, com a utilização de vários mecanismos, tais como: os contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente; a contratação de serviços terceirizados (empresas, associações de moradores, cooperativas e outras) para a realização de atividades públicas de caráter permanente; a instituição dos Consórcios (administrativos) Intermunicipais de Saúde transformados em empresas privadas, dentre outras, com a mesma finalidade; a utilização de contratos administrativos para a contratação por tempo determinado (instituída para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público), em situações comuns, fora das condições e prazos definidos por Lei (BRASIL, 2005d, p. 19-20).

Considerando as circunstâncias e entendendo que o problema da precarização dos vínculos empregatícios atinge diretamente a gestão do trabalho em saúde, o Governo Federal, a partir de 2003, começou a desenvolver ações para enfrentar essa questão. Também, destacam-se os esforços empreendidos pelo Ministério Público do Trabalho na priorização de atuação no ambiente laboral a partir desse mesmo ano, sendo uma de suas preocupações as questões relacionadas com a forma de vinculação do trabalhador às instituições públicas. Além disso, ganha destaque as representações deste órgão contra os governos federal, estaduais e municipais, o que resultou na assinatura de Termos de Ajuste de Condutas, onde esses entes federados passam a se comprometer com a reversão dessas

modalidades de vinculação de trabalho (5º SEMINÁRIO DE ATUALIZAÇÃO EM SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, 2004 e NOGUEIRA, 2005b).

A partir de então, o Ministério Público do Trabalho, por entender que a precarização das relações de trabalho no âmbito da Administração Pública, coloca em risco a continuidade dos serviços executados, tem exercido pressão sobre o Governo Federal e os diversos municípios no país inteiro, no sentido de realizar concursos públicos para o ingresso nas Administrações Públicas e, em especial, regulamentar a situação dos ACS.

Diante dessa conjuntura, uma das ações empreendidas na área da saúde, foi a edição da Resolução n.º 331, de 4 de novembro de 2003, em que a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS foi reinstalada (BRASIL, 2003c), criando em seu âmbito grupos para discutir questões pertinentes à gestão do trabalho. Pode ser citado, como exemplo, o Grupo de Trabalho Plano de Carreira, responsável pela elaboração de diretrizes do PCCS do SUS, que passou a subsidiar os planos estaduais e municipais.

Na estrutura do Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), constituída por dois Departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Este último apresenta, como um de seus objetivos,

[...] a necessidade de cooperação técnica nas estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde nos estados e municípios, a fim de estabelecer uma adequada política para seus trabalhadores, estruturando carreiras profissionais, implementando políticas de desprecarização do trabalho, estabelecendo programas de educação permanente e implantando mesas de negociação permanente, dentre outras ações (BRASIL, 2006g, p. 7).

Segundo Arias e outros (2006), nesse momento, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, assumiu o seu papel de orientador no que diz respeito à gestão do trabalho e à educação na saúde, repassando ao DEGERTS a responsabilidade pela elaboração e estruturação de uma efetiva política de gestão do trabalho nas três esferas de Governo – planejamento e regulação do trabalho em saúde – e ainda pela implementação da negociação do trabalho em saúde junto com os segmentos

do Governo e dos trabalhadores, contribuindo para a melhoria dos serviços e humanização do atendimento prestado aos usuários do SUS.

Em 23 de dezembro de 2003, por meio da Portaria n.º 2.430/GM, o Governo Federal criou o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2005a). Esse Comitê foi constituído com a finalidade de operacionalizar o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), que busca, entre outras questões, “[...] induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador [...]” (BRASIL, 2006e, p. 28).

Com isso, procura-se emitir normas e mecanismos para viabilizar a desprecarização da força de trabalho na área de saúde, a fim de garantir melhores condições de trabalho aos trabalhadores de saúde e melhoria da qualidade do acesso e atendimento aos usuários do sistema.

Devido à diversidade de tratamento nas formas de contratação dos ACS, foi aprovada, em 14 de fevereiro de 2006, após pressão do Ministério Público do Trabalho, a EC n.º 51, que regulamenta a admissão dos ACS por meio de processo seletivo público, realizado conforme concurso público, e garante que os contratos com esses trabalhadores não sejam rescindidos unilateralmente pela administração pública (BRASIL, 2006a). Essa Emenda foi regulamentada através da Medida Provisória n.º 297, de 9 de junho de 2006, convertida na Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006, que ainda estabelece a proibição da terceirização e da contratação temporária para esses trabalhadores (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Em 22 de fevereiro de 2006, por meio da Portaria n.º 399/GM, é instituído o Pacto pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão, definindo diretrizes para a Gestão do Trabalho (BRASIL, 2006d), conforme destacado por Espírito Santo (2007, p. 55-56):

A Política de Recursos Humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho.

Estado, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde.

O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.

[...] As Diretrizes para Planos de Cargos e Carreiras do SUS devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no sistema.

Promover relações de trabalho que obedeçam à exigência do princípio da legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho.

Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação vigente.

[...] Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS.

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde.

Em relação à ESF, o Pacto de Gestão traz como uma de suas finalidades “[...] aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais” (ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 59).

Há ainda uma questão fundamental nesse contexto: a necessidade de enfrentar os efeitos perversos da política neoliberal, que trouxe consequências, como a precarização do trabalho e o desestímulo profissional e, ainda, transformou a força de trabalho em saúde em um grande problema para a Reforma Sanitária, pois inverteu a sua lógica – de serem os trabalhadores atores fundamentais para a efetivação e consolidação do SUS. Esse enfrentamento representa o resgate dos protagonistas da Reforma Sanitária, ou seja, os trabalhadores de saúde. (MACHADO, 2006).

No entanto, a realidade que se apresenta para a gestão do trabalho no SUS, consequência ainda do processo de desregulamentação e flexibilização do trabalho, desencadeado na década de 1990, caracteriza-se pelo

[...] abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificado na perda da importância da negociação do trabalho no

SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e pela proliferação de escolas de saúde. [...] Uma década marcada pela insistência de consolidar o SUS sem se preocupar com aqueles responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõem o SUS. O saldo político é uma enorme dívida social com os trabalhadores (MACHADO, 2006, p. 24).

Esse processo atingiu os trabalhadores não só naquela década; suas conseqüências refletem-se até hoje, possibilitando a multiplicação de experiências negativas no setor saúde, como, por exemplo, a ausência de concursos públicos, o aumento do número de servidores contratados muitas vezes sem carteira assinada, alta rotatividade nos serviços e falta de investimento na valorização do servidor. Essa situação tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo desemprego estrutural, pela precarização do trabalho, pelo desmonte da previdência pública e o conseqüente sucateamento da saúde.

Entretanto, a responsabilidade pela gestão do trabalho no SUS é de competência das três esferas de governo, e existe muita coisa a ser feita para a desprecarização do trabalho no SUS, possibilitando o cumprimento dos dispositivos fixados nas normas. Além disso, sendo os municípios os maiores empregadores na área da saúde, como apontado anteriormente, precisam romper com essa situação e instituir o compromisso de implantar e manter uma política adequada de gestão do trabalho, garantindo minimamente equipes de trabalhadores qualificados e em número suficiente em seus quadros permanentes.

Através da compreensão desse processo e do incentivo que vem sendo dado pelo Ministério da Saúde, o gestor local poderá repensar a forma como os trabalhadores têm desempenhado suas funções – expostos às relações precarizadas de trabalho, à insegurança, à vulnerabilidade e à instabilidade – e, assim, criar alternativas e soluções para enfrentar o problema descrito e melhorar a qualidade do sistema de saúde brasileiro.

Deve-se, portanto, buscar a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, bem como a humanização das relações de trabalho e a resolução dos conflitos, pois isso “[...] terá repercussão direta na sua satisfação, engajamento e na sua consciência cidadã” (ESPÍRITO SANTO, 2007, p. 49).

Diante do exposto, salientamos que a ausência de uma política adequada de gestão do trabalho para a saúde, formulada e realizada sob a lógica da política pública expressa nos princípios e diretrizes constitucionais da Seguridade Social e do SUS, constitui hoje, um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2006) existe a necessidade do desenvolvimento de trabalhadores motivados e apoiados pela gestão para ultrapassar os entraves que impendem o alcance dos objetivos nacionais e globais de saúde.

Uma vez que o município é o lócus privilegiado das ações de saúde e responsável pelo atendimento integral dos serviços da atenção básica, portanto incluindo nesse panorama a ESF, cabe a esse ente federado a exclusividade na prestação das ações e dos serviços de saúde essenciais, voltados para a promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças, com o merecido destaque para seus trabalhadores, que por muitos anos foram esquecidos ou simplesmente negligenciados.

3.3 O MUNICÍPIO DE VITÓRIA E OS CAMINHOS TRILHADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UMA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO

A cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, está localizada na Região Sudeste. Faz parte de um arquipélago de 34 ilhas e uma porção continental. Integra uma área geográfica de grande nível de urbanização, denominada Região Metropolitana da Grande Vitória, compreendida pelos municípios de Vitória, Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha. Tem um contingente populacional de 317.085 habitantes, segundo o Censo de 2006 do IBGE (VITÓRIA, 2008a).

A economia de Vitória apóia-se nas atividades portuárias, comerciais e de turismo de negócio. A cidade constitui-se num pólo de atração para todo o estado do Espírito

Santo e também para o leste de Minas Gerais, o norte do Rio de Janeiro e o sul da Bahia.

A implantação da ESF em Vitória, segundo Araujo (2005), teve início em fevereiro de 1998, nos bairros de Jesus de Nazaré, Resistência, Fonte Grande e Andorinhas, na forma de projetos piloto, após um treinamento realizado pelo Pólo de Capacitação do Estado do Espírito Santo. A estratégia adotada foi à substituição parcial do modelo tradicional, ou seja, a instalação de equipes da ESF em Unidades Básicas de Saúde já existentes. As primeiras equipes foram compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Oliosa (1999) destaca que a ESF vinha sendo desenvolvida juntamente com o "Projeto Terra"⁴, gerenciado pela Coordenadoria de Administração Estratégica, que procurou articular todas as secretarias, por meio de ações de desenvolvimento sustentável, visando ainda, a superação das ações de caráter paternalista.

Assim, a estratégia, que inicialmente era um programa (PSF) surgiu para tentar garantir o acesso aos serviços de saúde, com base na promoção, resolutividade e fortalecimento de vínculo com a população, no intuito de reorganizar a atenção primária e construir um Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) que pudesse consolidar os sistemas locais de saúde, a partir da descentralização, territorialização, intersetorialidade, participação da população, prática da vigilância em saúde e garantia de um atendimento de qualidade e resolutivo (VITÓRIA, 2001).

Cruz (2007) ressalta que o SISS trouxe para a Secretaria de Saúde de Vitória (SEMUS) a necessidade do fortalecimento da ESF, para que esta pudesse cumprir a função de coordenação de toda a rede de serviços, tendo como porta de entrada a APS. Desse modo, a Secretaria de Saúde passou a promover conferências e debates para discutir as possibilidades de se obter uma melhoria da qualidade da

⁴ O Projeto Terra foi concebido a partir da integração de diferentes projetos, listados no plano estratégico da cidade de Vitória, na agenda 21 local, após a definição das áreas de intervenções. Seu marco inicial foi em 1997, como projeto prioritário da autoridade local, em parceria com a União, a Caixa Econômica Federal, o Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Desenvolve um conjunto de ações integradas e de serviços de natureza pública, com vistas a inclusão social, promoção humana e melhoria da qualidade de vida da população (MARTINUZZO, 2002).

assistência à comunidade, concluindo que a organização da assistência começaria por meio da implantação da ESF.

Em 2003, o Município aderiu ao PROESF e passou a receber novos recursos do Ministério da Saúde para garantir a qualificação do processo de trabalho e a ampliação da estratégia no território municipal. Em contrapartida, comprometeu-se a atingir progressivamente a cobertura de 100% da ESF no Município (VITÓRIA, 2005).

A rede municipal de serviços de saúde está distribuída no Município em seis regiões de Vigilância em Saúde: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, Forte São João e São Pedro e a Atenção Básica está organizada em 27 territórios de saúde, conforme demonstrado na figura 1.

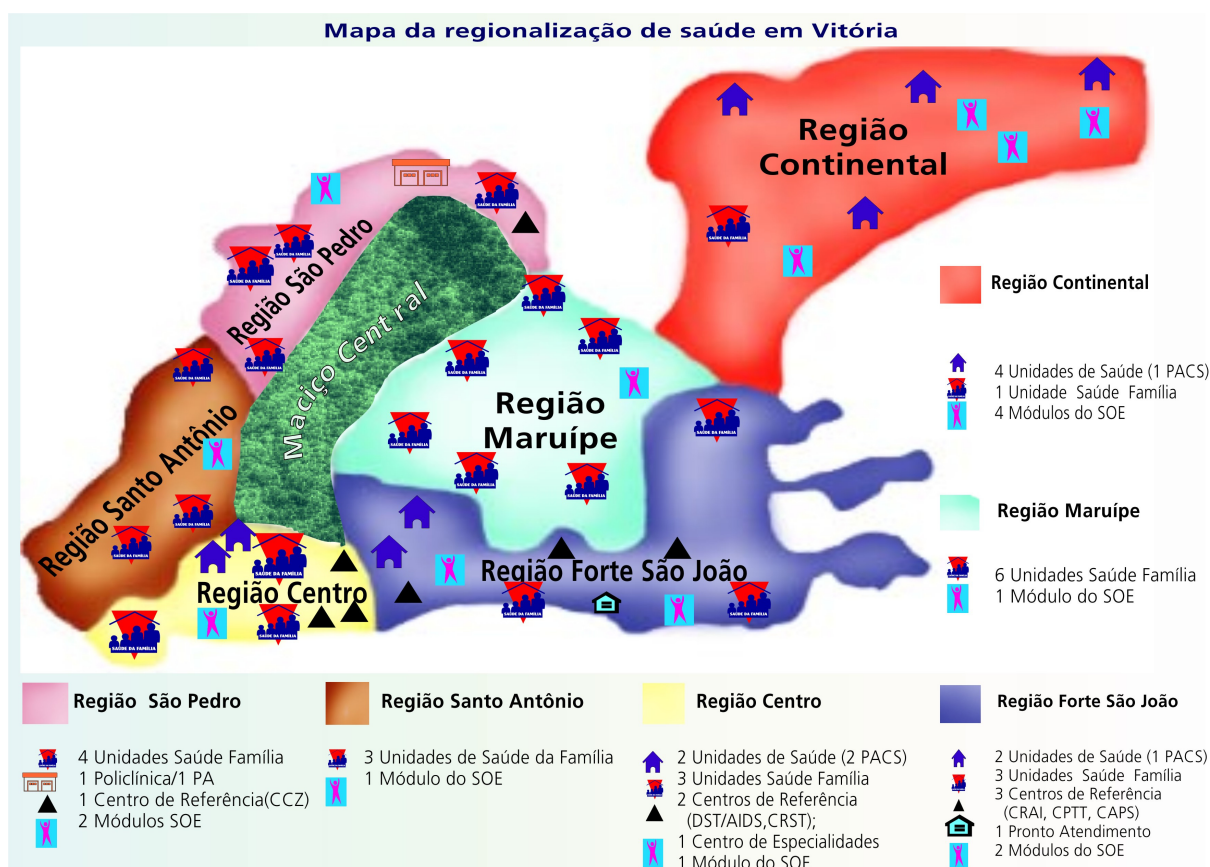


Figura 1: Mapa da regionalização e equipamentos próprios de saúde da Rede Municipal de Vitória, Vitória, acesso em 20 mar. 2008.

Fonte: SEMUS, 2006.

Até o ano de 2007, a rede municipal de saúde do Município, compreendia 29 Unidades Básicas de Saúde e 25 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 79 equipes de saúde da família e 43 equipes de saúde bucal. A cobertura da ESF apresentava-se assim, com 59,32% - cálculo realizado sobre uma base populacional de 320.824 habitantes, conforme dados do IBGE de 2007 (VITÓRIA, 2007b). Destaque-se que a cobertura total de PACS e ESF é de 76,42%, e que o Município tem como meta implantar 100% da ESF em seu território até o final de 2008 (VITÓRIA, 2008a).

A conversão das unidades básicas tradicionais em USF ocorreu de forma gradual no Município, num processo de transição no qual os profissionais da unidade básica foram sendo gradativamente substituídos (CRUZ, 2007). A tabela 2 demonstra a série histórica da cobertura do PACS/ESF no Município.

Tabela 2: Cobertura Populacional da ESF no município de Vitória/ES no período de 2000/2007, CRUZ 2007.

ANO	POPULAÇÃO COBERTA PELA ESF	% POPULAÇÃO COBERTA PELA ESF
2000	119.568	40,90
2001	105.423	35,60
2002	127.118	42,50
2003	134.825	44,60
2004	166.126	54,30
2005	191.728	61,20
2006	190.356	60,00
2007	191.655	63,33

Fonte: CRUZ, 2007.

Dados adaptados pela autora.

Hoje as equipes de saúde da família contam com profissionais da equipe básica e da equipe de apoio (cirurgião-dentista, psicólogo e assistente social). O Município

optou por inserir outros profissionais de saúde nas equipes de saúde da família com o objetivo de fortalecê-las, buscando maior resolutividade das ações de saúde.

Conforme ressalta Machado (2006, p. 15),

[...] torna-se cada vez mais inconcebíveis equipes de saúde sem a inclusão de novos profissionais. [...] A saúde também incorpora novas áreas do conhecimento, requisitando, freqüentemente, a presença na sua equipe de trabalho de profissionais de áreas até então inimagináveis na Saúde, como, por exemplo, [...] o Serviço Social, a Economia [...] e a Pedagogia.

Em 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) passou por uma reestruturação organizacional, oficializada por meio do Decreto n.º 12.632, de 13 de janeiro de 2006, que também regulamentou o funcionamento das unidades administrativas da SEMUS. Com relação à Política de Gestão do Trabalho, o organograma passou a contemplar em sua estrutura a Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que abrange as Coordenações de Gestão de Pessoas e de Educação em Saúde e a Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde (VITÓRIA, 2006a).

Essa iniciativa demonstra o interesse da gestão municipal em proporcionar uma estrutura estratégica, competente e moderna para lidar com a questão da Política de Gestão do Trabalho.

Ainda em 2006, a Coordenação de Educação em Saúde (CES) da Gerência de Gestão do Trabalho passou a fazer parte da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde, aglutinando toda a política voltada para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS municipal. Destaquem-se os investimentos em cursos, o processo de educação permanente e os cursos de especialização para servidores efetivos, realizados de acordo com as necessidades dos diversos setores da Secretaria (VITÓRIA, 2007a).

A educação permanente passou então a priorizar a discussão do processo de trabalho dos profissionais, nas rodas de educação permanente que ocorrem em todas as regiões de saúde. Além desse processo, também foram desenvolvidas atividades nos ambulatórios de referência em clínica médica, ginecologia/obstetrícia e pediatria, assim como treinamento em serviço dos médicos da ESF (VITÓRIA, 2007a).

Também em 2006 foi editada a Lei n.º 6.753, de 16 de novembro, que institui o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Profissionais de Saúde (PCCV) e a Lei Municipal n.º 6.819, de 21 de dezembro de 2006, que institui a Gratificação para os servidores inseridos nas USF; nos serviços de atenção à saúde; de apoio à atenção à saúde; de auditoria, controle, avaliação e regulação e; de assessoria e secretaria executiva do Conselho Municipal de Saúde (VITÓRIA, 2006b; VITÓRIA, 2006c).

De acordo com esta última lei e em relação à gratificação dos servidores de saúde da família, fazem jus ao benefício aqueles que desempenham suas atividades nas USFs e os integrantes da equipe de ACSs pertencentes ao quadro de pessoal do Município de Vitória lotados nas unidades de saúde.

Essa gratificação representou para os servidores um acréscimo em seu salário de acordo com a carga horária de trabalho, no intuito de valorizar os profissionais que atuam nas unidades municipais de saúde e, principalmente, nas USFs.

No entanto, em seus Arts. 4.º e 5.º, a Lei deixa bem claro que as gratificações não serão incorporadas aos vencimentos dos servidores e, ainda, não servirão de base de cálculo para a incidência de qualquer vantagem, excetuando-se férias e 13.º salário. Deixa claro também que os servidores perderão a gratificação ao deixarem de exercer as atividades nas USFs.

Por deliberação do Conselho Municipal de Saúde, em abril de 2007, foi instaurada a Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SINNP-SUS) do município de Vitória, formada por representantes da Secretaria Municipal de Saúde e Administração, além de representantes dos Sindicatos dos Servidores Únicos de Saúde de Vitória, dos Odontólogos, dos Farmacêuticos, dos Enfermeiros, dos Médicos e dos Trabalhadores de Saúde do Estado (VITÓRIA, acesso em 1 mar. 2008d).

A Mesa tem por objetivo principal a discussão das relações e condições de trabalho dos servidores municipais das unidades de saúde. Constitui-se em um fórum privilegiado de discussão do SUS, com o objetivo de construir canais participativos, sistemáticos e resolutivos de interlocução permanente, como eixo central da democratização das relações de trabalho, com autonomia para discutir, de modo

propositivo, todos os aspectos relacionados ao funcionamento e às relações de trabalho no SUS (BRASIL, 2005c).

Outra ação importante relacionada à valorização do trabalhador de saúde foi a realização, em 2007, de concurso público para a área da saúde, cujo destaque foi a criação dos cargos de médico e enfermeiro em regime de 40 horas para atuarem na ESF, além de vagas para os demais componentes da equipe, como auxiliares de enfermagem, odontólogos, auxiliares de consultório odontológico e profissionais da equipe de apoio, como psicólogos e assistentes sociais (VITÓRIA, acesso em 14 mar. 2008e).

Esses profissionais vêm sendo progressivamente nomeados em regime estatutário desde 2007, em substituição aos contratos temporários e aos praticados com instituições privadas, como a Cáritas Arquidiocesana de Vitória.

Vale ainda destacar que a regularização dos contratos com os ACSs que vem sendo realizada no Município a partir de 2008, em cumprimento à Lei n.º 11.350/06 e à EC n.º 51/06 (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006a).

Essas regulamentações instituíram uma forma diferenciada de se realizar o contrato dos ACSs, por meio de processo seletivo público, realizado conforme concurso público, em que o vínculo empregatício passa a ser o regime celetista, com a garantia dos direitos trabalhistas a ele vinculados, como carteira assinada, 13.º salário, férias, contribuição para a Previdência, seguro desemprego, auxílio doença e auxílio maternidade. Além disso, traz a garantia de que os contratos com esses trabalhadores não serão rescindidos unilateralmente pela administração pública, pois há que se considerar o vínculo com a comunidade e a continuidade do trabalho desenvolvido.

Todo esse processo de mudança, além de corroborar com as diretrizes do Ministério da Saúde, também foi impulsionado pela direção política do gestor municipal e pelo movimento do Ministério Público no estado do Espírito Santo para fazer cumprir a legislação no que se refere à proibição da terceirização e da contratação temporária desses trabalhadores, conforme preconizado na Constituição Federal.

4 DESENHO METODOLÓGICO

As dificuldades não passam de oportunidades para demonstrar o que sabemos e o que podemos fazer.

Duke Ellington

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A implantação do SUS e, posteriormente, da ESF como alternativas de substituição do modelo médico – assistencial privatista – trouxe para o campo da saúde no Brasil mudanças significativas que precisam ser estudadas e compreendidas para que processos como a precarização do trabalho sejam suprimidos.

Pensando na análise das estratégias formuladas e implementadas para superar a precarização do trabalho, os dados foram buscados junto aos trabalhadores que compõem as equipes de saúde da família e aos documentos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

O modelo de investigação utilizado foi o estudo exploratório, baseado em uma abordagem qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa deu-se em função de suas características, ou seja, sua natureza inacabada, em constante transformação, que procura responder a questões singulares, tentando entender a realidade a partir dos sujeitos e de seu contexto social.

Segundo Minayo (1998), a abordagem qualitativa tem a preocupação principal de procurar os significados atribuídos pelos sujeitos. Essa preocupação está centrada no processo e não apenas nos resultados e no produto. Na área da saúde, a abordagem qualitativa permite ao pesquisador ir além da quantificação dos dados, uma vez que possibilita compreender dimensões mais profundas, que não ficam presas somente em variáveis.

De tal modo, a opção pela metodologia qualitativa se “[...] justifica por ser caracterizada como uma tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados” (RICHARDSON, 1999, p. 90).

Leopardi (2002) ressalta que essa metodologia é empregada quando não utilizamos instrumentos de medida precisos – procuram-se dados subjetivos, ou um estudo de caso particular – e, ainda, quando não se tem informação sobre o assunto.

Tratando-se de pesquisa exploratória, pode-se dizer que consiste em colocar o pesquisador em contato maior com o problema, tornando-o mais objetivo e visando conhecer uma realidade pouco explorada.

A pesquisa documental baseou-se em documentos institucionais relacionados com o tema do estudo, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, tais como: decretos, portarias, leis, planos e relatórios de gestão e documentos relacionados com a política de desenvolvimento de pessoal.

Conforme Ludke e André (1986), os documentos são importantes fontes que fundamentam as afirmações do pesquisador, fornecem informações sobre o contexto no qual se originam, indicam questões que devem ser exploradas e complementam informações obtidas por outras técnicas de coleta.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo do estudo constituiu-se do município de Vitória. Optou-se por esse município primeiramente por apresentar uma população com mais de 100 mil habitantes, pois o Ministério da Saúde, ao iniciar a Política de Desprecarização do Trabalho e o desenvolvimento da estruturação da gestão do trabalho elegeu alguns componentes de estruturação: estados e Distrito Federal, capitais, municípios que detenham entre 501 e 1.000 postos de empregos públicos, municípios com 1.001 e

mais postos de empregos públicos e municípios com porte populacional acima de 100 mil habitantes.

A opção por Vitória deveu-se também ao fato de o Município ser um dos primeiros municípios a implantar a ESF no Espírito Santo e ter em 2005, conforme dados da Secretaria de Estado da Saúde, um grande número de profissionais inseridos na ESF, com vínculos de trabalho precarizados.

Outro fator importante é que Vitória, segundo dados do SIAB (2006), apresenta a maior cobertura da estratégia na Região Metropolitana da Grande Vitória. Além disso, desde 2006 vem implantando melhorias no que diz respeito à gestão do trabalho em saúde.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

No trabalho de campo, foram entrevistados uma amostra de profissionais, composta de enfermeiros e médicos da ESF, com o objetivo de identificar as ações empreendidas pela gestão municipal no que se refere à melhoria da política de gestão do trabalho. Para complementar essa informação, foram utilizados, também, dados secundários, obtidos através de documentos fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município.

Os médicos e enfermeiros das equipes que compuseram a amostra atuavam em três dos cinco primeiros bairros contemplados com a ESF no Município (Resistência, Andorinhas e Jesus de Nazaré) e no último bairro contemplado com essa estratégia (Santa Luiza) no ano de 2007.

Assim, a amostra constituiu-se de 22 profissionais: onze enfermeiros e onze médicos, distribuídos entre as equipes em cada bairro: cinco em Santa Luiza, duas em Jesus de Nazaré, duas em Resistência, duas em Andorinhas.

Os profissionais foram entrevistados em seus respectivos locais de trabalho, conforme agendamento realizado com a Coordenação de cada USF. Nenhum deles se negou a participar da entrevista e a pesquisadora foi muito bem recebida por todos.

Os trabalhadores de saúde da ESF participaram do processo de entrevista após o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO B) e assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que apresentou as informações necessárias sobre a pesquisa, de acordo com a Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A primeira fase da investigação compreendeu uma revisão bibliográfica sobre o tema. Realizou-se também a análise de documentos oficiais e institucionais que descrevem o processo de implantação da ESF e a adoção e implementação de uma Política de Gestão do Trabalho e desenvolvimento de pessoal da Secretaria de Saúde do município de Vitória.

No mês de outubro de 2007 foi realizado um pré-teste, a fim de validar o instrumento de coleta de dados (roteiro de entrevista) com alguns profissionais da ESF do município de Serra, sendo realizadas, posteriormente, as adequações necessárias.

A segunda fase de coleta de dados compreendeu a realização de entrevistas com os médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, seguindo um roteiro com perguntas semi-estruturadas (APÊNDICES B), cujas respostas foram gravadas e depois transcritas.

O princípio organizador foi o de permitir aos profissionais entrevistados discorrerem sobre suas concepções a respeito das ações empreendidas pelo gestor para

desprecarizar os vínculos de trabalho e, ainda, sobre a importância desse fator para o desenvolvimento de seu trabalho. Além desses temas nucleares, alguns outros tinham o objetivo de contextualizar esse processo e organizar a entrevista em um fluxo coerente.

Constaram ainda das entrevistas dados de identificação dos sujeitos, tais como categoria profissional, sexo, idade, tempo de formação, cursos complementares à formação, tempo de serviço na ESF, o que permitiu uma caracterização dos entrevistados.

Assim, a entrevista visou à obtenção de respostas válidas e informações relevantes com referências às questões levantadas para o estudo, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem condições prefixadas pelo pesquisador. Os sujeitos participaram da entrevista como sujeito-objeto que vivencia a realidade que está sendo estudada (MINAYO, 1998).

Os dados foram coletados no período de novembro de 2007 a janeiro de 2008, e a organização das falas foi realizada pela pesquisadora, garantindo o anonimato dos entrevistados. Na análise do material, os profissionais foram codificados de acordo com a ordem de entrevista e por categoria profissional. Por exemplo: E1 (Enfermeiro1), primeiro enfermeiro entrevistado.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização e transcrição das entrevistas, foi utilizada a metodologia de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para a organização das informações. A opção por essa metodologia justifica-se pela grande quantidade de respostas recolhidas nas entrevistas e pela riqueza de conteúdo.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005a), essa metodologia busca dar conta da discursividade, ou seja, é uma forma de fazer com que as falas individuais expressem um pensamento coletivo sob a forma de um discurso.

[...] o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos sobre um dado tema, o Discurso do Sujeito coletivo visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. [...] é, em suma, uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade falar diretamente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a, p. 16).

O DSC utiliza-se de uma estratégia discursiva para tornar mais clara uma representação ou um conjunto de representações sociais. Assim, para a construção e descrição do DSC, utilizam-se as seguintes figuras metodológicas: expressões-chave (ECHs), idéias centrais (ICs) e/ou ancoragem (AC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

As ECHs apresentam-se como trechos literais do discurso, que desvendam a essência dos depoimentos, o que existe de maior relevância ou importância nas entrevistas. As ICs descrevem de maneira concisa uma expressão ou frase que represente o sentido de cada discurso e o conjunto de ECHs. A AC é representada pela manifestação lingüística de uma determinada teoria, crença ou ideologia que os sujeitos expressam em suas falas.

Dessa forma, Lefèvre e Lefèvre (2005a, p. 20) identificam que a construção do DSC, é um conjunto ou “[...] soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, [...] de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo e o todo constituído por essas partes”.

Assim, o pensamento coletivo é refeito, mas fica “[...] parecido com o que é (seria) o pensamento de uma coletividade, o que se faz preservando tanto a natureza discursiva do pensamento quanto a coletividade como sujeito desse pensamento/discurso” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005b, p. 51).

A apresentação dos discursos é realizada na primeira pessoa do singular, o que indica uma “pessoa coletiva” discorrendo como se fosse um sujeito individual do discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005a).

As etapas operacionais utilizadas, após a coleta de dados, baseadas na proposta de Lefèvre e Lefèvre (2005a) foram organizadas como segue.

As entrevistas foram organizadas por questões e analisadas separadamente, ou seja, analisou-se através de leitura flutuante a questão número um de todas as entrevistas, depois a número dois, e assim sucessivamente. Após essa etapa as questões foram organizadas em quadros.

Quadro 1: Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1), onde foram descritas as ECHs, as ICs e a AC.

Foram copiadas integralmente todas as respostas referentes às questões da entrevista na coluna ECHs, procedendo-se à identificação sublinhado as expressões selecionadas. A partir daí, foram identificadas as ICs, colocando-as na coluna correspondente. Procedeu-se então, ao agrupamento das ICs que tinham o mesmo sentido, ou sentido equivalente/complementar. Após esta etapa, cada grupo foi denominado de acordo com a IC síntese.

Quadro 2: Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2), onde foram discriminadas as ECHs e o DSC.

Neste quadro procedeu-se à construção do DSC para cada grupo em torno da IC. Foram copiadas as ECHs sublinhadas, identificadas no IAD 1, conforme cada IC. Para cada IAD 1, foram construídos vários IADs 2, de acordo com a quantidade de ICs identificadas nas ECHs. Nesta etapa, foram eliminados os particularismos, como sexo, idade e categoria profissional, e construídos os discursos a partir das ECHs. Utilizou-se assim, partes dessas ECHs, conforme sublinhado.

Objetivando maior clareza no entendimento dessa metodologia, nos APÊNDICES C e D foram ilustrados os exemplos de construção dos discursos, utilizando-se os quadros IAD 1 e IAD 2, referentes à questão n.º 2.

Ressalte-se que os DSCs foram construídos com trechos (ECHs) selecionados dos depoimentos individuais. Foram utilizados conectivos entre os parágrafos e eliminadas as idéias repetidas, os erros mais grosseiros de ortografia, os vícios de linguagem e os particularismos que pudessem identificar os profissionais entrevistados. Buscou-se assim coesão, clareza e coerência na construção dos discursos.

Terminada essa etapa, a análise dos dados baseou-se no método de Análise de Conteúdo, que, segundo Bardin (1979), visa descrever o conteúdo das mensagens, ou visa, à interpretação das respostas, buscando indicadores que permitam a inferência de conhecimentos sobre as condições de produção/recepção dessas mensagens, desvendando atitudes, motivações e ideologias.

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, já que o DSC proporcionou a organização dos dados conforme o que propõe esse método, ou seja, “[...] funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos [...] e tem por finalidade a interpretação das comunicações” (BARDIN, 1979, p. 36 e 153).

Minayo (1998) destaca que, ao realizar uma análise temática, se descobrem os “núcleos de sentido” que compõem uma determinada comunicação, cuja frequência terá um significado para o objetivo da pesquisa.

Para a interpretação das comunicações/discursos, buscou-se ainda, correlacioná-los com o referencial teórico estudado.

Minayo (1998) acrescenta que a análise final de qualquer pesquisa no setor da saúde deve dirigir-se para uma vinculação estratégica da teoria com a realidade, a fim de romper com o alcance meramente descritivo e atingir uma interpretação mais completa e profunda.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada em consonância com as recomendações da Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos (BRASIL, 2003d) e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo/UFES (ANEXO A).

O estudo foi realizado com base nas informações fornecidas pela Secretaria de Estado da Saúde (ANEXO C) e Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO B), devidamente autorizadas, além das informações coletadas dos trabalhadores de saúde da ESF de Vitória que concordaram livremente em responder à entrevista, após a explicação dos objetivos da pesquisa, momento em que também se garantiu o anonimato e o caráter confidencial das informações e que os dados seriam exclusivamente utilizados para os propósitos da pesquisa.

Os resultados encontrados serão disponibilizados para a Universidade Federal do Espírito Santo/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGASC), a Prefeitura Municipal de Vitória e a Secretaria de Estado da Saúde/Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família, bem como para divulgação em periódicos específicos da área.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a apresentação e compreensão dos dados, optamos por organizar os dados e os discursos em áreas temáticas, conforme especificado:

- caracterização dos enfermeiros e médicos entrevistados;
- inserção profissional;
- processo de trabalho na ESF;
- gestão do trabalho.

No final da apresentação de cada discurso, foi identificado o número de profissionais que o construiu. Assim, se o discurso foi composto pela fala de 12 profissionais, este número foi representado por 12/22, sendo o último número igual ao total de profissionais entrevistados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS ENTREVISTADOS

Para iniciar a discussão sobre os dados coletados, optou-se por caracterizar a amostra de profissionais entrevistados destacando as seguintes informações: faixa etária, sexo, tempo de graduação, formação complementar (especialização/residência), tempo de atuação na ESF, no município de Vitória, e existência de outro vínculo empregatício além do vínculo com a ESF.

Esses dados iniciais objetivam informar o leitor sobre quem são esses indivíduos e onde se encontram como profissionais de saúde pública, no sentido de proporcionar maior clareza sobre alguns aspectos que podem influenciar a opção pela inserção em um determinado modelo de atenção à saúde.

Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família por idade e sexo. Vitória, 2008

VARIÁVEIS	N.º	%
Idade (anos)		
20-24	2	9,1
25-29	6	27,3
30-34	5	22,8
35-39	3	13,6
40-44	3	13,6
45-49	0	0,0
50 e mais	3	13,6
Total	22	100
Sexo		
Feminino	16	72,73
Masculino	4	27,27
Total	22	100

Conforme demonstra a tabela, a idade dos 22 entrevistados oscila entre 20 e 65 anos, e a faixa etária preponderante dos profissionais é de 20 a 34 anos de idade (59,2%), caracterizada pela fase adulta jovem, o que reforça a idéia de a ESF estar constituindo-se como inserção inicial no mercado de trabalho.

Machado (2006) aponta que o setor público tem uma enorme influência na demanda pela oferta de empregos na área da saúde, sendo inclusive o município o maior empregador. Esse fator, associado à discussão anterior, tem levado um grande número de profissionais a optarem pela ESF, já que esta se encontra em considerável expansão nos municípios brasileiros.

Também se tem buscado a adoção de um novo modelo de atenção e a construção do campo da APS como uma estratégia de reorientação desse modelo e não mais o direcionamento exclusivo à clínica e ao modelo médico-hospitalocêntrico, o que pode potencializar a procura dos egressos dos cursos de graduação em saúde, especialmente de Enfermagem e Medicina. Essa situação pode estar influenciando a

mudança na lógica do trabalho em saúde, no sentido da atuação mais voltada para a promoção da saúde e da qualidade de vida.

Como apontam Girardi e Carvalho (2003), com a implantação da ESF no País ocorreram novas perspectivas de trabalho e modalidades de contratação. Esse fato alterou o perfil do mercado de trabalho na área, com um acréscimo de mais de 20% de empregos no setor público, culminando com a entrada dos novos profissionais.

Outra informação importante diz respeito à predominância do sexo feminino na amostra estudada, representada por 72,73% dos profissionais, o que vem ao encontro do resultado da pesquisa realizada por Machado (2000) sobre o perfil dos médicos e enfermeiros da Saúde da Família no Brasil, que demonstrou a forte tendência feminina na Enfermagem e mudanças na formação profissional do médico, com destaque para o crescimento do sexo feminino nessa profissão.

Tabela 4. Tempo de Formação profissional dos enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família. Vitória, 2008

FORMAÇÃO	N.º	%
Tempo de Graduado (anos)		
1 – 2	3	13,6
3 – 5	5	22,8
6 – 8	4	18,2
9 – 11	3	13,6
12 – 14	3	13,6
15 – 17	0	0,0
18 – 20	1	4,6
21 e mais	3	13,6
Total	22	100

Os dados possibilitam identificar que 36,4% dos profissionais têm entre 1 a 5 anos de formados, o que vem reforçar a tendência de procura de emprego na ESF pelos recém-formados. Fica evidente que os profissionais novos estão sendo mais bem

posicionados no município de Vitória pela ESF, devido às mudanças graduais nos novos currículos, que enfatizam a capacitação para o processo de atuação na atenção primária, como suporte para a ação profissional.

Tabela 5. Formação complementar dos enfermeiros e médicos, conforme curso realizado. Vitória, 2008

Pós-Graduação	Nº
Administração (Especialização)	1
Administração Hospitalar (Especialização)	1
Cirurgia Videolaparoscopia (Residência)	1
Didática de Enfermagem (Especialização)	1
Enfermagem do Trabalho (Especialização)	5
Formação Pedagógica (Especialização)	1
Gerenciamento/Gestão (Especialização)	1
Ginecologia/Obstetrícia (Residência)	1
Hematologia e Geriatria (Residência)	1
Medicina do Trabalho (Especialização)	1
Pediatria (Residência)	1
Saúde Coletiva (Especialização)	1
Saúde da Família (Especialização)	8
Não possui	3
Em andamento	9
Total	36

Os dados apontam que alguns profissionais possuem mais de uma especialização, o que poderia ajudá-los a ter maior clareza do seu objeto de trabalho. Entretanto tais cursos, em sua maioria, não se concentram em áreas direcionadas especificamente à saúde da família, ou seja, o direcionamento não está voltado às necessidades da APS, o que reduz suas habilidades em manejar questões políticas, sociais, culturais e econômicas, exigidas pela ESF.

A atuação na ESF exige uma diversidade de saberes e práticas em áreas relacionadas à epidemiologia e ao controle de doenças, ao território de atuação, ao cuidado de sujeitos, famílias e populações, à realização do trabalho em equipe e ao manejo das questões e determinações sociais. O reforço na qualificação profissional possibilita melhor desempenho das atividades e atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população.

Tais conhecimentos não são oferecidos, na maioria dos cursos, durante a formação, e a superespecialização pode ocasionar a fragmentação do trabalho, dificultando o trabalho em equipe. Esse fato reforça a necessidade de investimento na formação permanente em saúde da família ou em áreas correlatas.

Além disso, Campos e Aguiar (2006) destacam que as mudanças nos cursos de saúde são lentas e heterogêneas e que o ensino no Brasil ainda está baseado no modelo das especializações, que acaba reproduzindo com maior fidelidade o modelo hospitalocêntrico, ao invés da formação generalista esperada para os profissionais que atuam na ESF. Daí a grande maioria ainda optar por cursos que reforçam as especialidades e incorporam tecnologias sofisticadas.

Do mesmo modo, Pierantoni (2001) ressalta que a ESF representa uma situação ímpar na articulação dos diferentes sistemas para modificar o modelo hospitalocêntrico baseado nas especializações, entretanto precisa lutar contra “[...] a baixa capacidade do aparelho formador [...], no sentido de promover a adequação necessária aos processos de formação para a viabilidade do programa” (PIERANTONI, 2001, p. 355).

Também existe outra situação que pode determinar a escolha pelos cursos de pós-graduação, que é a pequena oferta de cursos para o exercício na APS, principalmente os dirigidos aos profissionais médicos.

Destaca-se, no entanto, o número reduzido de profissionais sem especialização o que demonstra a procura por qualificação e também a oportunidade e a facilidade de acesso aos cursos locais. Outra situação interessante, que pode ser verificada nos discursos adiante, são os investimentos em cursos de especialização realizados pela Secretaria de Saúde de Vitória para servidores efetivos, principalmente a partir da estruturação da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde, em 2006,

que passou a aglutinar todas as ações referentes à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores (VITÓRIA, 2007a).

Tabela 6. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória. Vitória, 2008

TEMPO DE ATUAÇÃO (ANOS)	N.º	%
Menos de 1	11	50
1 – 2	3	13,6
3 – 4	0	0,0
5 – 6	2	9,1
7 – 8	6	22,3
Total	22	100

Quanto ao tempo de atuação na USF, 50% dos profissionais tinham menos de um ano na Estratégia, o que demonstra a inserção dos novos trabalhadores a partir dos concursos públicos realizados em 2006 e 2007 (VITÓRIA, acesso em 14 mar. 2008c) e também dos profissionais recém-formados, que representam nessa amostra um percentual de 36,4%.

A maioria dos profissionais (82%) relatou não ter outro vínculo de trabalho além da ESF. Os 18% restantes declararam trabalhar em plantões, como demonstrado no discurso abaixo:

Tenho (outro vínculo) no pronto-atendimento (PA), lá eu sou plantonista. Não tem como. Num país como os Estados Unidos, você é bem remunerado e vai trabalhar eternamente ali, não precisa correr para ganhar dinheiro para se manter. Além disso, se você trabalha só com ESF, você perde a mão pra lidar com urgência. (4/22)

Esse dado traz uma informação interessante: apesar de a ESF propor uma remuneração diferenciada, esta ainda não contempla a expectativa de alguns profissionais, que buscam outros empregos para poderem complementar seus salários.

Além disso, existe a preocupação dos profissionais em não se afastar da urgência/emergência, ou seja, do modelo curativista, pois a perspectiva de trabalho parece não ser o vínculo proporcionado pela ESF, nem o modelo pautado na idéia de promoção da saúde, e sim a possibilidade de uma “falsa resolatividade” proporcionada pelo modelo curativista.

Entretanto a maioria dos entrevistados não possui outro vínculo empregatício, o que vem de encontro às diretrizes da Estratégia no que diz respeito à exclusividade e ao compromisso com o serviço. Para a ESF é importante a dedicação exclusiva, pois assim o trabalhador tem a possibilidade de desenvolver ações mais centradas, na medida em que não precisa dividir seu tempo e preocupações com outro trabalho.

5.2 INSERÇÃO PROFISSIONAL: O PRIMEIRO PASSO NA ORGANIZAÇÃO DE UMA POLÍTICA E GESTÃO DO TRABALHO

“O trabalho mostra-se como momento fundante de realização do ser social, condição para sua existência”.

Ricardo Antunes, 2007.

Uma das questões levantadas durante a entrevista foi o motivo pelo qual o profissional optou em trabalhar na ESF, pois esse é o primeiro passo na organização de um processo de trabalho adequado e coerente, visto que não bastam somente iniciativas por parte da gestão municipal; é necessário também a vontade do profissional em participar de um modelo diferenciado e sentir-se parte dele como agente de transformação de si mesmo e do espaço onde atua.

Dessa forma, foram identificadas as seguintes ICs:

- Gosta de trabalhar na ESF.
- Tem a possibilidade de atuar de forma mais ampliada.

- Queria conhecer esse novo modelo.
- Buscou a ESF pela oportunidade e estabilidade de emprego.
- Foi motivado pelo Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

Outra questão que vem reforçar a idéia anterior está relacionada à opção ou à oportunidade em sair da ESF, a respeito das quais apareceram as ICs:

- Não sairia, porque gosta da ESF.
- Gosta muito, mas está desmotivado.
- Sairia, por questões financeiras e profissionais.

Os discursos apontam que a maioria dos profissionais entrevistados se identifica com os pressupostos e diretrizes da ESF e os relatos mencionam satisfação com a possibilidade de estabelecimento de vínculo com a família/comunidade e de atuação de forma mais ampliada.

Germano e outros (2007) afirmam que a ESF busca mudar paradigmas cristalizados historicamente, incorporando um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, no qual o foco passe a ser a saúde e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico; numa lógica de trabalho intersetorial e não isolado.

Percebe-se, assim, que o trabalho na ESF vai além do simples atendimento à queixa inicial do usuário, colocando-se como um trabalho muito mais amplo, complexo, que perpassa as várias dimensões da saúde pública e da ação intersetorial. Fazer ESF significa então desprender-se das velhas convicções e buscar um novo fazer, construído cotidianamente e coletivamente.

Diante desse desafio de fazer saúde pública com um olhar diferenciado, os profissionais relatam o motivo que os levou a procurar esse ramo de trabalho:

Sempre gostei de Saúde Pública, porque é a área que eu mais me identifico, é a área que me realizo. Gosto do vínculo da Saúde da Família. Eu tive a oportunidade de conhecer o PSF, esta experiência muito interessante. Depois que entrei pela Cáritas (instituição contratante) eu gostei, estou amando, nasci pra isso. Acho que tem muito a ver comigo,

tenho talento pra isso, gosto de trabalhar com a família, de lidar com o paciente, na casa e na comunidade, dessa coisa de comprometer em ajudar, de ser resolutivo. Acho que, quando a pessoa quer e tem compromisso, o PSF consegue ser resolutivo, e essa parte desse vínculo é bem gratificante, eu adoro. Eu não gosto muito de hospital, daquela parafernália toda, cuidar de paciente crítico. Se eu tivesse que fazer outra especialização eu faria em saúde da família ou medicina comunitária. Realmente me identifico muito mais com saúde da família, acho que é uma coisa de perfil mesmo. (9/22)

Ao serem perguntados se sairiam da ESF se tivessem opção ou oportunidade, 50% dos profissionais reforçaram a idéia anterior, apontando a satisfação em realizar o trabalho na ESF:

Olha só, eu já pensei muito nisso. Na verdade eu tenho muitas opções para sair, eu só não saí porque eu acredito, porque se eu fosse olhar as outras coisas, naturalmente, as condições de trabalho, aí iria fazer outra coisa. Hoje eu não tenho intenções de sair, descobri que gosto. Até fui chamado para trabalhar na SEMUS, mas eu não quis sair. Quero ficar aqui mesmo. Acho que tenho muito que aprender aqui. Eu chego ao final do dia cansado, mas eu gosto e vim pra ficar mesmo, a idéia é eu aposentar na SF. O que dificulta e gera insatisfação ainda não superou a satisfação que eu tenho em trabalhar. (11/22)

Podemos verificar nos discursos que, além da identificação do profissional com a Estratégia, ocorre também uma resistência ao trabalho hospitalar, ou seja, fica evidente a escolha pelo modelo assistencial, baseado na promoção e prevenção da saúde, campos em que os profissionais dispõem de maior autonomia para desempenhar seu trabalho, na medida em que atuam diretamente com a população/família e realizam um trabalho conjunto, que fortalece as ações e os resultados esperados. Enfim, apóiam-se em um modelo que busca o “[...] fortalecimento do cuidado e da promoção da saúde, a ação intersetorial e a crescente autonomia das pessoas e da população em relação à sua saúde [...]” (FEUERWERKER; LIMA, 2002, p. 170). Assim, como aponta Cecílio (1994), a autonomia dos profissionais também favorece a autonomia dos indivíduos, que, por sua vez, traz resultados positivos ao trabalho realizado.

O estabelecimento de vínculo com a família e com a comunidade também fica manifesto a partir do momento em que os profissionais se sentem parte de um projeto comum e inseridos na dinâmica do processo de trabalho como trabalhadores

estáveis, pois esse processo tem relação direta com diferentes fatores, como motivação, comprometimento e resultados positivos do trabalho.

Segundo L'Abbate (1994), os profissionais que atuam na Atenção Básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. E, para que isto seja possível, é necessário pensar a longo prazo, em termos de projeto comum, de planejamento estratégico, de equipe coesa e, principalmente, de vínculo institucional, sem o qual não existe projeto viável.

Aqui eu tenho várias opções pra fazer, eu mexo com idoso, adolescente... Porque você faz especialidade e esquece o restante. Você está perto do público. É uma forma diferente de trabalhar, você tem mais vínculo e vê um resultado melhor do seu trabalho, não é? Às vezes você pega um bebezinho e, quando você vê, já está com 4 anos; ou você pega com 18 anos, daqui a pouco já está casando. Eu acho mais fácil de trabalhar, de organizar o trabalho. E, quando eu comecei a ver, a ler os manuais, eu achei muito interessante. (2/22)

Outra questão importante foi a curiosidade e a iniciativa em conhecer esse modelo de atenção, o que possibilitou mudar a forma de realizar o processo de trabalho:

Na realidade, foi um campo para conhecer. Para mim era um desafio trabalhar com saúde básica. Eu ouvi falar que estava mudando o modelo, como eu tinha muita experiência dentro do hospital (só tinha conhecimento de hospital), queria conhecer este modelo também. Comecei a ler sobre a Estratégia Saúde da Família, achei interessante, porque é mais promoção e prevenção de saúde. Foi uma curiosidade e um desafio. (3/22)

Além desses motivos, destacamos ainda que a inserção profissional decorreu da procura pelo primeiro emprego, da possibilidade de crescimento profissional e da oportunidade proporcionada pelo mercado de trabalho:

Vim para a ESF por causa de emprego. Foi a primeira oportunidade de emprego que eu tive. A oportunidade da época. Estava implantando em Vitória várias equipes e era um momento de crescimento profissional também, não é? Surgiu o processo seletivo, fui convocado e eu vim pra cá (ESF). Também fui motivado pela opção de vínculo, é efetivo, não é? Pela estabilidade de emprego e qualidade de vida. Trabalhar durante a semana e ter o fim de semana livre, não ter que trabalhar dia e noite, dar plantão. A oferta de trabalho também no PSF é melhor. Em termos salariais não é aquela coisa, você é mais limitado, mas tem esse lado vantajoso, entendeu? Tem uma vida mais estável, uma vida mais tranquila. (6/22)

Mas, também motivado pelo Plano de Carreiras da Prefeitura de Vitória, eu optei em fazer especialização em Saúde da Família e depois pretendo fazer mestrado em alguma área afim. (1/22)

Além da oportunidade de emprego, também destacamos a opção pelo tipo de vínculo, ou seja, vínculo efetivo, pois possibilita estabilidade e construção de um projeto profissional, além de possibilitar uma qualidade de vida melhor e outros benefícios atribuídos a essa modalidade de contrato.

Segundo Lima (1998), as tendências que impactaram o mercado de trabalho, reduzindo o número de trabalhadores com vínculos institucionais, em detrimento das formas terceirizadas realizadas com instituições filantrópicas, ONGs e cooperativas, ocasionaram a precarização dos vínculos e a instabilidade no emprego, para não falar da alta rotatividade entre os profissionais e da falta de continuidade das ações e serviços. Além disso, Mishima e outros (2003) apontam que muitos trabalhadores passarão anos a fio nessa situação, lidando com dor e sofrimento dos usuários do sistema para chegarem, ao fim, a uma aposentaria com expressiva redução de ganhos.

Por isso, o reconhecimento por parte dos profissionais da importância do vínculo efetivo, além da análise sobre a perspectiva da ESF, onde vínculo com a comunidade, família e indivíduos é de fundamental importância para se alcançarem os objetivos propostos, com qualidade e efetividade. Conclui-se então, que existe uma motivação forte em relação à estabilidade do emprego e também aos benefícios advindos de uma política de valorização e desenvolvimento de pessoal, que nem sempre é conseguida em outros municípios e/ou locais de trabalho.

Conforme destacado anteriormente, desde a reformulação administrativa da estrutura organizacional da SEMUS, ocorrida em 2006, e a conseqüente criação de novas gerências, tem-se buscado um investimento maior em relação à Política de Gestão do Trabalho na SEMUS (VITÓRIA, 2007a). Esse fato culminou com a realização de concursos, como podemos comprovar pelas informações divulgadas no site da prefeitura sobre os editais de concursos públicos para a área da saúde (Editais: 001/2006; 001/2007; 006/2007), o que atraiu muitos trabalhadores.

Girardi e Carvalho (2003), Janaudis (2003) e Pierantoni (2001) apontam que, com a implantação de novos modelos assistenciais como a ESF no País, além do aumento da oferta de vagas no setor público de saúde, ocorreu a possibilidade de maiores salários e investimentos em capacitações, ocasionando uma procura maior por esse campo de trabalho.

Entretanto alguns profissionais, apesar de apontarem a satisfação na realização do trabalho, relatam que estão desmotivados e que gostariam de ter um retorno financeiro melhor, já que as funções realizadas por eles demandam inúmeras atividades e maior cobrança por parte da gestão municipal. Além disso, destacam que o sistema municipal de saúde no Município ainda não conseguiu atingir o que preconizam as diretrizes da ESF.

Olha, eu gosto muito, mas já tenho tempo demais. É um trabalho bom, que dá resultado, mas estou um pouco desmotivada. Eu acho que a gestão precisa definir melhor os papéis. A gente é muito cobrado e pouco valorizado, não é? É uma demanda muito grande de paciente para um pouco tempo. Você faz demanda espontânea, faz um pronto atendimento dentro da unidade de saúde. É tanta coisa para um médico só, para um enfermeiro só, para uma assistente social só, para um psicólogo só, que ninguém agüenta! São poucos profissionais pra muita população doente que precisa do SUS, e cada dia está só aumentando porque ninguém está podendo pagar plano de saúde. Aqui você tem várias delegações e tem que resolver todas, é muita responsabilidade, tem muita cobrança (tem que ter resultado) e a gente fica doido, começa a ter depressão, síndrome do pânico. Se eu pudesse, um dia sairia, não saio porque é concurso, só por isso. (2/22)

Se tivesse algo melhor, sairia. Em ambos os sentidos: tecnológicos, profissionais e financeiros. Se fosse pra trabalhar no mesmo modelo com maior valorização, aí seria melhor. Vamos supor que eu tivesse a oportunidade de ter outro trabalho e ganhar mais, com a segurança de estar efetivo. É tudo uma questão de qualidade de vida. Não é uma coisa assim: eu não vivo sem PSF! (6/22)

Percebemos nos discursos novamente a questão da importância do vínculo efetivo e da segurança do emprego, juntamente com questões relacionadas à valorização profissional e financeira, pois, apesar de o mundo do trabalho mudar a todo instante, o trabalhador não é uma mercadoria, e sim o resultado do esforço humano, portanto precisa ser valorizado, protegido e respeitado. O trabalhador, esteja onde estiver, precisa ter uma previsão mínima sobre o que vai ser do seu futuro quando lhe faltar

saúde e trabalho (ARAÚJO et al., 2006). Além disso, necessita de um ambiente de trabalho onde exista um processo constante de formação e negociação permanente, que contemple a discussão do processo de trabalho, visando, assim, solucionar possíveis entraves.

Machado e outros (2006), citando Braga (1998), ressaltam que o conflito tem sido parte do processo de trabalho, por questões relacionadas à equipe de trabalho, às cobranças da gestão ou às próprias demandas do modelo de saúde, principalmente na ESF, que tenta imprimir uma nova lógica de trabalho no sistema de saúde. Esse processo, entretanto, se não administrado corretamente, pode ocasionar baixa produtividade, insatisfação, ineficiência e má qualidade dos serviços. Muitas vezes, porém, busca-se a repressão como meio de resolver o problema, ao invés da canalização desses conflitos para as mudanças e melhorias no processo produtivo.

Diante disso, Machado e outros (2006) apontam que o processo de negociação entre trabalhadores e empregador é de suma importância para a tomada de decisões e o consenso entre as partes envolvidas, buscando o debate e a resolução de problemas relacionados ao processo de trabalho e à prestação de serviços.

5.2.1 O Vínculo Institucional

A Tabela 7 traz as informações referentes ao tipo de vínculo empregatício da amostra de profissionais pesquisados, adotado pela Prefeitura de Vitória, na época da coleta de dados.

Tabela 7. Tipo de vínculo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Vitória. Vitória, 2008

TIPO DE VÍNCULO	Nº	%
Estatutário 40h	20	91,0
Estatutário 20h + extensão de carga horária (20h)	1	4,5
Contrato 40h sem carteira assinada	1	4,5
Total	22	100

Os dados apresentados reforçam a informação sobre os investimentos da gestão municipal em concursos públicos, pois a maioria dos trabalhadores entrevistados possui vínculo empregatício na modalidade de estatutário.

Também podemos perceber, conforme dados pesquisados no Sistema da Folha de Pagamento - ARTERH, da Secretaria de Saúde de Vitória, que, em janeiro de 2008, do total de 158 médicos e enfermeiros das equipes da ESF, apenas oito profissionais tinham contrato temporário, ou seja, 5,06%. Esse dado reforça a informação encontrada na amostra pesquisada. Ainda foi possível constatar que os contratos estavam vencendo, em sua maioria no mês de maio de 2008, ficando apenas dois para o mês de outubro do mesmo ano, o que diminui esse percentual para 1,27% de contratos, que também serão gradualmente substituídos por profissionais concursados.

Complementando essa informação, os discursos também trazem como se deu a inserção desses profissionais na ESF, identificada em quatro situações distintas (ICs):

- Contrato temporário por tempo determinado.
- Contrato temporário por tempo determinado, seguido de concurso público.
- Concurso público.
- Processo seletivo interno com extensão de carga horária.

Vale destacar que, antes de 2006, a maioria dos profissionais da ESF era vinculada à SEMUS por contrato temporário, como pode ser confirmado pelos dados do SISPSF, da Secretaria Estadual de Saúde, onde encontramos 78% dos profissionais da ESF em situação de vínculo precário. Ao selecionar somente os médicos e enfermeiros, temos um total de 69,7% dos profissionais nessa mesma situação (ESPÍRITO SANTO, 2005).

Como alguns profissionais entrevistados entraram na ESF antes de 2005 e a Estratégia já existe no Município desde 1998, aparece nos relatos as quatro formas de inserção, descritas anteriormente:

Entrei pelo contrato, não é? Eu fiz um processo seletivo e aí foram chamando conforme a necessidade até chegar a minha vez. (3/22)

Olha, primeiro, no ano de 2000, foi por contrato pela Cáritas,⁵ a gente fez um processo seletivo que foi só aquela parte de título, por uma entrevista para avaliar se a pessoa tinha ou não um pouco das características para a saúde da família e pela ordem de classificação e fui chamado. E aí eu fiquei uns anos de contrato. Depois teve concurso público, eu fiz a prova, passei e hoje me tornei efetivo. Agora sou estatutário. (8/22).

Pelo concurso mesmo, fui fazendo diversos concursos e passei aqui no Município. O motivo de eu ter vindo para cá é que nos outros municípios era contrato e aqui é concurso. A questão do vínculo. (10/22)

Foi por um processo seletivo interno, houve um processo de seleção para aqueles que eram estatutários e desejavam participar da Saúde da Família, esses funcionários que gostariam de se transferir. Foram os que migraram de 20 para 40 horas. (1/22)

Através dos discursos, podemos comprovar os dados apresentados anteriormente, ou seja, a Prefeitura de Vitória tem investido na realização de concursos públicos para a área da saúde e, ainda, priorizado a efetivação dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF. Cabe salientar também que, antes do período relatado acima, os profissionais eram inseridos na ESF por meio de processo seletivo simplificado (análise de currículo) para a realização de contrato por tempo determinado com a Prefeitura ou contrato com instituição filantrópica.

⁵ Cáritas refere-se à Cáritas Arquidiocesana de Vitória, instituição filantrópica, com a qual a Prefeitura de Vitória/SEMUS manteve uma parceria para realizar a contratação dos profissionais da ESF.

Girardi e Carvalho (2003) apontam, em pesquisa realizada sobre contratação e qualidade do emprego em equipes da ESF, que essa opção de contrato, ligada muitas vezes a uma instituição filantrópica, alcançou quase 70% do total de contratos de médicos e enfermeiros dos municípios da Região Sudeste e superou 60% nos municípios da Região Sul, sendo de 70% a porcentagem referente ao Brasil.

Esses autores citam também que quase dois terços dos empregos da ESF não apresentavam graus de formalização e institucionalidade nas relações de trabalho peculiares do setor público e do mercado de trabalho privado formal, pois não garantiam os direitos trabalhistas e ameaçavam a continuidade da prestação de serviço com qualidade.

Dados semelhantes aos de Girardi e Carvalho (2003) podem ser encontrados em pesquisa realizada por Machado (2000), de acordo com a qual mais de 40% dos enfermeiros e médicos do País foram inseridos na ESF por meio de contratos temporários, e 60% desses profissionais não eram contemplados com os direitos trabalhistas.

Ao analisar os dados do SISPSF em 2005, constata-se que a realidade no estado do Espírito Santo equivale aos dados apresentados pelos autores citados, visto que, somente na Regional Vitória (que abrange os municípios da Grande Vitória), 78% dos vínculos da ESF eram precarizados.

Entretanto, ao contrário das pesquisas apresentadas por Machado (2000), Girardi e Carvalho (2003) e pelo SISPSF (dados de 2005), o município de Vitória vem alcançando lugar de destaque entre os municípios do Estado, pois, a partir de 2006, tem apresentado outra configuração em relação à vinculação institucional de seus trabalhadores, com investimentos em concursos públicos e aumento do quadro de servidores efetivos na ESF, o que assegura os direitos trabalhistas e os benefícios atribuídos ao cargo de servidor estatutário.

Inclusive os profissionais citam o fato de serem estatutários como uma opção para trabalhar no Município, uma vez que, nos demais municípios da Região Metropolitana do Estado, ainda são realizados contratos temporários, causando insegurança e uma alta rotatividade entre os profissionais.

Além disso, Araújo (2005) identifica que a ESF estabelece, como uma de suas diretrizes básicas, a formação de equipes multiprofissionais com dedicação integral, identificadas com a proposta de trabalho e com a possibilidade de trabalhar em equipe. As chances de essas situações se efetivarem são muito maiores com profissionais estáveis.

5.3 O PROCESSO DE TRABALHO NA ESF DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA: POSSIBILIDADES E LIMITES.

Então, será que “recurso humano” em saúde é mesmo gente que cuida de gente ou é gente que vive o trabalho como “não gente” e que atende gente como “não gente”?

Silvana M. Mishima, Maria José B. Pereira, Cinira M. Fortuna e Sílvia Matumoto, 2003.

A questão dos limites e possibilidades no decorrer do processo de trabalho remete-nos à fala de Merhy e Onocko (1997, p. 81): “[...] o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção [...]”. Esse trecho leva-nos à reflexão de que a prática em saúde se define em um contexto histórico e dialético, dependendo assim de fatores diversos e distintos, que em conjunto delimitarão o trabalho cotidiano dos trabalhadores de saúde, imprimindo desafios e possibilidades.

Os discursos apresentados refletem, assim, o entendimento e o desejo de fazer exercer o objetivo maior dessa área, qual seja: a promoção da saúde e a qualidade de vida. Reforçam, ainda, a importância de se cumprirem os princípios da ESF, como a integralidade, a qualidade na prestação dos serviços, a equidade e a participação social. Além disso, apontam a importância das diretrizes principais desse modelo, como estabelecimento de vínculo com a família/comunidade, realização do trabalho em equipe, compromisso e co-responsabilidade dos

profissionais com os usuários do sistema, foco no indivíduo e território, longitudinalidade, integralidade das ações e visão ampliada de saúde (BRASIL, 2007).

Os profissionais avaliam que, para se realizar ESF, algumas questões merecem destaque, pois influenciam diretamente na forma como o processo de trabalho será organizado, desenvolvido, e como esse modelo possibilitará efetividade ao sistema.

Ao serem questionados então sobre o que traz satisfação no trabalho realizado, os profissionais relatam:

Para mim é o vínculo. Eu estava até brincando e dizendo que às vezes o vínculo é maior do que a gente gostaria. Por qualquer coisa você já ouve o seu nome ecoando pela Unidade. É também muito gratificante poder ver mais de perto a comunidade, ver os problemas, ver o paciente melhorando, e ter outro problema e você cuidando, não só da saúde física dele, mas da família. Tem a possibilidade de fazer um acompanhamento longitudinal, tem mais autonomia, pode tratar o paciente como uma pessoa realmente inserida na cultura, na comunidade. Você conhece o paciente por mais tempo, a história de vida dele e o processo saúde-doença. Você consegue dar uma atenção mais integral para o paciente, olhar o paciente como um todo, não só como uma doença. (8/22)

O vínculo aparece de forma enfática no discurso, pois é a partir dele que as ações são estruturadas e que o profissional consegue desenvolver um trabalho a longo prazo. Segundo Merhy (1994), a noção de vínculo faz-nos refletir sobre a responsabilidade e o compromisso dos profissionais com os usuários do sistema, estabelecendo uma relação de troca e confiança. Isso permite a realização de um trabalho mais completo, que, por sua vez, proporciona a resolutividade, a integralidade das ações e um sentimento de satisfação, como agente transformador de uma dada realidade ou situação.

[...] criar vínculo implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (MERHY, 1994, p. 138).

Assim, vínculo significa a ausência de ruptura para poder realizar um trabalho contínuo, responsável e integral. Através do vínculo é possível compreender as questões relacionadas ao adoecimento de determinada população, atuando

preventivamente para melhoria de sua qualidade de vida, o que traz enorme satisfação com o trabalho realizado. E isso pode ser visto no discurso seguinte:

Quando você vê um paciente seguindo as orientações que você deu, tentando mudar o estilo de vida, tentando deixar hábitos que você sabe que não são benéficos à saúde, isso traz satisfação no trabalho. É quando a gente vê resultado, o retorno do que a gente está fazendo. Você percebe que o seu trabalho está surtindo efeito. O fato de você fazer um diagnóstico situacional e conseguir trabalhar em cima daquilo, poder se programar... O trabalho em Saúde da Família é basicamente trabalhar com promoção e prevenção, tem a parte curativa, mas a ênfase maior é em prevenção. É um trabalho lento, que trabalha com educação em saúde, mudança de conceitos e costumes. Então o que me dá mais satisfação é quando você vê a pessoa realizando o autocuidado, prevenindo para evitar problemas de saúde. (12/22)

Nesse discurso, podemos perceber a preocupação com a realização do trabalho a longo prazo e com a continuidade das ações, demonstrando, ainda, a necessidade do estabelecimento de vínculo do profissional com a instituição à qual está ligado, para então poder estabelecer vínculo com o indivíduo, a família e a comunidade. Também fica clara a importância do trabalho com promoção e prevenção da saúde, reconhecido inclusive como um processo contínuo.

Quanto à continuidade dos serviços/ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe da ESF, Starfield (2002) esclarece que se refere à atenção oferecida sem interrupção de eventos. Entretanto essa palavra remete-nos a outra, que expressa, além da continuidade, uma fonte regular de atenção ao longo do tempo. Trata-se da longitudinalidade, que representa “[...] uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 247).

Continuando, Starfield (2002) coloca que, para alcançar de fato a APS, é necessária uma referência de atenção ao longo do tempo para os usuários, através de um indivíduo, equipe ou local, independente da presença ou ausência de doença.

Dessa forma, as interações entre profissionais e usuários contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, ou seja, o estabelecimento concreto de vínculo, na medida em que os profissionais passam a conhecer seus usuários e

estes a conhecer os profissionais, além da possibilidade de uma atenção integral e coordenada.

Assim, existe a possibilidade de um atendimento mais humanizado e eficaz, favorecendo a satisfação e a qualidade de vida do usuário e uma adesão melhor ao tratamento e às ações desenvolvidas pela equipe de saúde, o que é fundamental no trabalho realizado pela ESF.

Esses fatos coincidem também com outra questão apontada nos discursos, que é a visão ampliada de saúde, que compreende o sujeito inserido em um processo histórico e não somente como portador de uma doença.

Aqui, você tem um relacionamento diferente com o paciente, é um nível de contato diferente. O cuidado e o tratar as pessoas é muito mais importante do que aquele modelo de diagnóstico, do saúde-doença. Na Atenção Primária você se torna um profissional mais completo, vê o paciente como um todo, suas diversas problemáticas, e acaba realizando um atendimento melhor. (2/22)

Concluindo, os profissionais relatam novamente a importância do tipo de vínculo empregatício, ou seja, o vínculo estatutário, o que causa maior satisfação, segurança e estabilidade no emprego, podendo, assim, realizar suas atividades e projetos com compromisso, integralidade, continuidade e longitudinalidade.

Pesquisa realizada por Castro, Fernandes e Vilar (2004) traz como resultado que o contrato de trabalho temporário gera descompromisso, desmotivação, insegurança, diminuição da produção e faz com que os trabalhadores não se sintam subordinados ao município. Portanto, fica claro que a forma como os profissionais de saúde estão vinculados ao trabalho influencia no desenvolvimento de sua prática profissional e também na perspectiva de projetos de vida e de trabalho, conforme destacado no discurso seguinte:

Agora em Vitória a gente está tendo uma melhoria, no que diz respeito ao vínculo profissional, porque nem isso nós tínhamos, era contrato. Mas agora não, com esse grande concurso que teve aí, a maioria é estatutário. Ficou melhor. Como é que você vai trabalhar no Saúde da Família, se você não tem vínculo? Quando você se sente mais seguro, porque é estatutário, aí sonha e pode efetivar o que sonha. Porque não adiantava a gente sonhar antigamente; talvez não soubesse se ia acordar naquele emprego. E agora é possível

sonhar e realizar algo em longo prazo. Você sabe que vai ficar com aquele território, aí você pensa: eu quero fazer algo mais. (2/22)

Em relação às questões que geram insatisfação no desenvolvimento do processo de trabalho, os profissionais apontam: entraves na operacionalização do trabalho em equipe, forma de organização e suporte ao modelo de atenção, falta de entendimento sobre o que é a ESF e incerteza causada pelo tipo de vínculo de trabalho.

Assim, verificamos de modo geral que a insatisfação está relacionada à forma como a Estratégia está organizada no Município e ao suporte da rede de assistência, além da angústia pela falta de informação por parte da população sobre esse modelo.

Um ponto de destaque aparece em relação ao trabalho em equipe, que deveria ser o pilar das ações, já que foi considerado um elemento fundamental para a materialização das metas e objetivos da Estratégia, como aponta Pinheiros (2001). Os profissionais relatam dificuldades em sua operacionalização, o que reflete em certa “frustração” ou descontentamento:

Trabalhar a diferença é muito complicado. O trabalho em equipe é muito difícil. Tem o preconceito com a idade, formação recente, entre as categorias profissionais, a forma de pensar e trabalhar de cada pessoa, dificuldade de se relacionar e de envolver todo mundo. Esse tipo de coisa é um pouco difícil de trabalhar. Eu estou com foco na Estratégia e o outro está com foco assim: “eu quero o meu salário no final do mês”. Não que isso não seja importante, mas isso acaba desvirtuando porque um está tentando a prevenção e o outro está tentando somente o trabalho do dia-a-dia. Alguns colegas não colaboram. Você quer fazer Estratégia realmente e o outro não quer, não está disposto. Eles esquecem que os outros em volta também precisam de ajuda, esquecem que os pacientes também são dele e fazem parte da Unidade. Por isso, tem que ficar bem estabelecida a função de cada um. Você tem uma equipe inchada na resolutividade, entendeu? porque o profissional não está assumindo seu papel dentro da equipe. E é uma confusão de atuações, de valores. Outra coisa é o engajamento das pessoas: e esta é a grande luta, é a grande briga, porque ficar passando receita não promove a saúde de ninguém. A promoção de saúde é um processo, não é? (9/22)

Fica claro nesse discurso que não basta somente a disponibilidade de recursos para financiar a constituição das equipes de ESF, mas a capacidade dos indivíduos de

articular atenção individual e coletiva, com ênfase no vínculo, responsabilização e trabalho em equipe (FEUERWERKER; LIMA, 2002).

Starfield (2002) acrescenta ainda que o trabalho em equipe não é fácil de realizar, pois existe o desafio da comunicação e da transferência de informações necessária à coordenação da atenção.

Outra questão fundamental, ao se pensar o trabalho em equipe, é o entendimento de que os trabalhadores “[...] são direcionados não apenas pelos diferentes saberes, métodos e técnicas provenientes [...] das especialidades que as constituem, mas também por uma imensidão de valores produzidos dentro e fora dos ambientes de trabalho” (GOMES et al., 2007, p. 21).

Conforme Gomes e outros (2007), as situações que emergem no dia-a-dia do processo de trabalho, juntamente com a particularidade de cada profissão e de cada sujeito, carregam em si singularidades em condições e desdobramentos específicos, por isso a dificuldade de se articular um trabalho em equipe e a necessidade de compreensão desses valores para a transformação das práticas em direção a um projeto comum. Ou seja, para realizar um trabalho de equipe, não é satisfatório simplesmente um agrupamento de profissionais e a participação na mesma situação de trabalho ou o estabelecimento de relações pessoais afetuosas ou cordiais; é preciso também promover a articulação das ações executadas e a interação entre esses profissionais (PEDUZZI, 2007).

A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe. [...] Enfim, trata-se do reconhecimento do trabalho do outro, tomar efetivamente o trabalho do outro em consideração, o que abarca a dimensão da comunicação e da ética subentendida à interação humana. [...] O reconhecimento do trabalho do outro também pressupõe uma concepção de processo saúde-doença que contemple suas múltiplas dimensões, o que remete à integralidade da saúde (PEDUZZI, 2007, p. 163).

Também Merhy e Onocko (1997) explicam que é necessário entender o espaço cotidiano onde se produz a organização do trabalho, para compreender o “mundo das significações” colocadas no espaço institucional.

Dessa forma, fica evidente a necessidade de a gestão municipal envia esforços no sentido de trabalhar essas questões nas equipes da ESF, criando espaços de

diálogo e trocas, a fim de favorecer a problematização e análise do processo de trabalho em saúde, que fortaleça a democratização das relações, uma vez que “[...] os processos de trabalho e o modo de organização dos serviços expressam as políticas de saúde e os respectivos modelos assistenciais, bem como a articulação das práticas de saúde às demais práticas sociais, econômicas e políticas” (PEDUZZI, 2007, p. 165).

Em relação à organização do modelo de atenção e a conseqüente falta de conhecimento do assunto por parte da população, destacamos os seguintes discursos:

O modelo como está organizado ainda não está bom. Porque, ao mesmo tempo em que reza uma coisa, faz outra. Hoje a Saúde da Família requer um cuidado do paciente e não só resolver o problema biológico que está ali instalado. A gente faz muito atendimento todo dia, faz demanda que é praticamente um pronto-socorro. Aqui em Vitória é muito vicioso isso, os pacientes querem ser atendidos e ponto. Eles querem que a gente tenha vínculo com o paciente, mas também não querem diminuir a quantidade de atendimentos. Às vezes, dá conta de atender todo mundo, mas não com qualidade, pois é mais do que a gente dá conta de fazer. É tão grande essa demanda que você acaba se perdendo da Estratégia. A responsabilidade também é da ESF, de você saber lidar com a demanda, só que é fora do nosso alcance, você fica trabalhando como se estivesse num PA. Se você não se policiar simplesmente vai só atender e mandar embora. E não pára, não faz uma reflexão porque atendeu tanto naquele dia. Da onde está vindo o foco, vamos intervir aonde? A idéia da Saúde da Família é fazer educação em saúde, prevenção, e não trabalhar somente a emergência. (10/22)

A população não sabe o que é PSF. Eles procuram a unidade por causa de emergência, ainda acham que isso aqui é um Pronto-Atendimento. Passou mal, vem aqui, não existe ainda aquela idéia de fazer prevenção, de cuidar. Tem que educar mais a população, explicar o modelo de atenção e a doença. A gente tem muitos programas de saúde e a maioria não dá o devido valor que deveriam dar, não entendem que é para o bem deles. Igual ao hipertenso, não é só remédio que cura, porque eles acreditam muito no remédio, mas tem vários fatores juntos: alimentação, atividade física, conflito familiar, tudo isto faz a pressão subir. Há muita resistência da comunidade e das pessoas em participar da educação em saúde, em assistir palestras, fazer prevenção, mudar o estilo de vida. As pessoas ainda têm a visão de que vão entrar no consultório e sair com a receita de um remédio que vai resolver seus problemas. (10/22)

Existe, ainda, a falta de organização, de recursos, de alguns serviços, de acesso ao sistema de referência e contra-referência. Falta suporte de apoio, faltam outros profissionais: psicólogos, assistentes sociais. Falta medicação, exames e especialistas. Você sabe que o paciente precisa passar por determinado especialista ou fazer determinado exame, mas ele não consegue. São poucas vagas para um número muito grande de pessoas. A Atenção Básica não vive sozinha, não é? O que vai além da Atenção Básica, que é a Atenção Secundária, não é um próximo passo, é um abismo para se transpor e, quando você precisa da Atenção Terciária, não tem suporte. Aí você fica com o problema na mão e não consegue resolver. (11/22)

A ESF tem por objetivo a mudança do modelo assistencial vigente (BRASIL, 1998). Assim, torna-se necessária a “mudança do objeto de atenção” e a forma de organização dos serviços em novas bases e critérios, ou seja, é imprescindível mudar o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados (MERHY, 2002).

Podemos constatar que a organização do serviço de saúde no Município ainda está se estruturando, principalmente no que se refere à mudança do modelo assistencial e à construção de uma rede de referência, que ultrapasse os limites da atenção básica e que possa complementá-la e estruturá-la para uma atenção mais eficaz.

Assim, apesar de privilegiar o modelo baseado na prevenção e promoção da saúde, o Município ainda não conseguiu superar o modelo curativista. Essa situação se agrava ainda mais, quando constatamos que a maioria dos profissionais entrevistados está em bairros onde a ESF já existe há 10 anos, ou seja, as unidades já deveriam ter conseguido ao menos organizar a sua demanda.

Concluindo, Starfield (2002, p. 44) destaca:

As unidades de atenção primária deveriam envolver uma proporção maior de pacientes que recebem atenção continuada do que aqueles que chegam pela primeira vez, sendo que a descrição da unidade de atenção primária e da subespecializada deveria demonstrar a diferença. Uma característica relacionada que deveria distinguir a atenção primária é a maior familiaridade dos profissionais de atenção primária tanto com o paciente como com os seus problemas. [...] Os profissionais de saúde da atenção primária devem examinar mais pacientes “antigos” com problemas novos porque eles são responsáveis pela atenção ao paciente no decorrer do tempo, sem considerar qual o problema em particular.

Essa constatação remete-nos também a outro aspecto, que é a rotatividade dos profissionais vivenciada pela gestão municipal até o ano de 2005, o que prejudicou a realização de um trabalho em equipe, coeso e com continuidade, que pode explicar parte das deficiências e dificuldades enfrentadas para a organização desse modelo.

Segundo Matumoto e outros (2005), o trabalho em equipe está colocado como um dos pilares para se buscar o alcance das finalidades da ESF, que tem por objetivo final a mudança do modelo assistencial, e isso só é possível a partir da construção dialogada de um processo de trabalho, que não acontece imediatamente após a constituição formal das equipes.

Vale ressaltar que, apesar de a entrevista contemplar apenas os médicos e enfermeiros, as equipes da ESF em Vitória contam com outros profissionais, como os auxiliares e técnicos de enfermagem, os ACSs, os odontólogos e auxiliares de consultório odontológico e os profissionais que compõem a equipe de apoio, como assistentes sociais, psicólogos e pessoal administrativo.

Conforme ressaltado no discurso a seguir, essa equipe, apesar dos concursos que vêm sendo realizados nos últimos anos, ainda está sendo composta e estruturada com destaque para a situação dos auxiliares de enfermagem e ACSs, que, no momento das entrevistas, ainda vivenciavam uma situação de insegurança, o que de certa forma acaba atingindo a estrutura da equipe e os resultados a serem alcançados.

Ai, meu Deus! acho que o vínculo de trabalho, essa incerteza do que vai ser depois. Essa parte burocrática de contratação dos agentes comunitários também teve problema pra renovar - a gente fica sem saber o que vai acontecer, porque eles são vínculo/elo, não é? A questão dos contratos dos auxiliares de enfermagem está pegando, eles não vêm para construir. Daqui a um ano eu vou sair, não é? Vou cumprir o meu trabalho e, para mim, tudo bem. Porque, se você é efetivo, sabe que aqui é o seu lugar, então vai investir. Hoje estou em uma posição mais tranqüila, mas, se você me perguntasse há um tempo atrás que era contrato, era um vínculo horrível. (4/22)

O discurso comprova, assim, que essa situação não atingiu apenas a categoria dos médicos e enfermeiros, mas também os demais membros da equipe da ESF. Segundo Siqueira Neto (1996), as particularidades econômico-sociais afetaram a

regulação do emprego e do trabalho, imprimindo um processo de flexibilização e desregulamentação do trabalho, ocorrido no País a partir da década de 1990. Dessa forma, programas sociais como a ESF também foram atingidos e seus trabalhadores submetidos às mesmas condições de desproteção social e de precariedade de trabalho evidenciadas nos setores competitivos da economia nacional.

Em relação aos ACSs, ao contrário de outros trabalhadores, nasceram como vítimas de uma conjuntura de desregulamentação das condições sociais de trabalho e desprotegidos em relação aos direitos e benefícios trabalhistas. Assim, mesmo que as garantias sejam reconhecidas, enfrentam-se sérias dificuldades em institucionalizá-las (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Assim, Castro e outros (2006) apontam que o maior problema é a vulnerabilidade do vínculo, o que causa grande insegurança e instabilidade para os trabalhadores diretamente atingidos e para a equipe de trabalho, sem contar as conseqüências para a organização, continuidade e qualidade dos serviços, principalmente se pensarmos no planejamento que deve ser realizado a longo prazo.

Pensando novamente na questão da mudança do modelo assistencial tão preconizada pela ESF, Mishima e outros (2003, p. 152) assinalam que essa situação “[...] vem colocando para o setor público de saúde a presença de trabalhadores com vínculos tão enfraquecidos com a construção do SUS como seus próprios contratos de trabalho”.

Daí a importância de se compreender esse processo, desencadeado no decorrer das mudanças ocorridas, ao longo da última década, na economia nacional e, conseqüentemente, na administração pública e nas políticas que se relacionam com o trabalho. Essas mudanças provocaram novas realidades administrativas e desafios políticos, como a flexibilização do trabalho, que impossibilita a continuidade dos serviços, a formação continuada de seus trabalhadores e o desenvolvimento de um trabalho em equipe adequado à formatação de um novo modelo assistencial de saúde (NOGUEIRA, 2002).

Em relação aos direitos e garantias atribuídos ao tipo de vínculo, podemos identificar a insatisfação quanto à remuneração dos profissionais, ou seja, retirando-se a

gratificação que incide sobre o salário-base, os profissionais relatam que o salário não é adequado ao tipo e caráter diferenciado das atividades que realizam na ESF.

Importante ressaltar, que a Lei n.º 6.819/06, que institui a gratificação aos trabalhadores da saúde, exime de qualquer responsabilidade a Prefeitura, no que diz respeito à incorporação dessa gratificação ao salário e a qualquer outra vantagem, além da sua suspensão quando o trabalhador não estiver exercendo suas funções nas USFs, conforme descrito em seus artigos (VITÓRIA, 2006c):

Art. 4º. As gratificações criadas por esta Lei não serão incorporadas, em nenhuma hipótese, aos vencimentos dos servidores e aos proventos de inatividade, e não servirão de base de cálculo para a incidência de qualquer vantagem, excetuando-se férias e 13º (décimo terceiro) salário.

Art. 5º. Os servidores que deixarem de exercer as atividades nas Unidades de Saúde da Família ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde perderão a gratificação correspondente ao inciso I do artigo 1º, fazendo jus ao recebimento da gratificação dos incisos II, III, IV e V do mesmo artigo, de acordo com os requisitos desta Lei.

Outro fato relatado aparece em relação ao PCCS, que parece ainda estar muito distante das aspirações dos trabalhadores, pois relatam que não existe diferença substancial entre o salário de quem entrou hoje e de quem está na Prefeitura há mais tempo. Entretanto esse item será abordado mais adiante. O que nos interessa destacar aqui é como essas questões interferem diretamente no processo de trabalho desses profissionais e como isso pode prejudicar o desempenho e desenvolvimento da ESF.

O discurso a seguir retrata as situações colocadas anteriormente:

Se for comparar quando era contrato na Cáritas, quanto à questão salarial, a gente não tem muita satisfação, não. Porque o que faz o nosso salário ser legal é a gratificação que o prefeito dá. Essa gratificação não incide sobre a aposentadoria, então, resumindo, quando a gente mexe no incentivo da Prefeitura, eles deixam muito a desejar, ninguém está satisfeito. Às vezes dá vontade de desistir, porque chega ao final do mês desanima, porque tudo o que fez vale a pena pelo lado pessoal, mas pelo financeiro não. Você é um profissional diferenciado, que faz o atendimento da grande parcela da população, que faz visita domiciliar e que atua em toda a área básica. A Prefeitura paga muito pouco pelo que fazemos. Então você nunca vai ter dedicação exclusiva, tem que ter outro tipo de vínculo. Acho que é ruim (salário) pra todos os profissionais que trabalham na ESF, porque te consome muito, a cobrança é grande e são muitas funções. A Prefeitura de Vitória cobra

horário, produção, exige muita dedicação. Em relação ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários, só um exemplo: não tem nenhuma diferença da pessoa que entrou ontem ou está aqui há mais tempo. (6/22)

Segundo Birchler (2007) e Araújo (2005), a garantia da estabilidade é fundamental e estratégica para qualificar a prática profissional, por meio do acúmulo de conhecimentos e habilidades, o que torna inclusive as propostas de formação mais viáveis e duradouras, entretanto as condições precárias de trabalho não se limitam somente ao vínculo empregatício/institucional, dependem também de outros fatores, como do aspecto gerencial, que muitas vezes realiza uma cobrança sistemática por produtividade, contrapondo-se à proposta de realizar atendimentos mais humanizados, acolhedores e de acordo com as diretrizes da ESF. Essa situação provoca nos profissionais um sentimento de exaustão, impotência e desestímulo, já que suas ações deveriam obedecer à lógica da promoção e prevenção da saúde.

5.4 GESTÃO DO TRABALHO: O PROCESSO DE MUDANÇA VIVENCIADO PELOS TRABALHADORES

[...] toda situação de trabalho seria sempre, segundo graus variáveis, experiência, encontro.

Yves Schwartz, 2000.

Segundo Pierantoni, Varela e França (2004), o setor saúde não esteve imune às mudanças impressas no modo de produção capitalista e no processo de globalização, que trouxeram consequências marcantes para a força de trabalho, especialmente no setor de serviços. Podemos ressaltar, por exemplo, a flexibilização das formas de vinculação do trabalhador à instituição empregadora, consubstanciando-se em várias modalidades de contrato, diferentes formas de remuneração e várias formas de gestão dessa força de trabalho, na medida em que

as parcerias público–privado são utilizadas com maior freqüência, para não citar a total ausência de uma de política de educação permanente.

Verifica-se, assim, que, apesar de os trabalhadores serem atores importantes para a efetivação de um SUS de qualidade, não houve a elaboração de políticas públicas para regulamentar a oferta de trabalho no SUS. Por isso, não existe, ainda, na maioria dos municípios, uma política adequada de gestão do trabalho, ficando o trabalhador “abandonado ao acaso do destino” e consumido no cotidiano das ações e serviços. Dessa forma, a gestão do trabalho tem-se apresentado como uma questão a ser resolvida, sendo necessário, portanto, a implantação e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para esta área.

Assim, em consonância com o que propõe a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde tem imprimido esforços para estabelecer uma Política de Gestão do Trabalho para os trabalhadores do SUS, impulsionando o debate nessa área e criando diretrizes, normas e incentivos financeiros aos estados e municípios.

As estratégias mínimas a serem utilizadas para essa área são apontadas por Pierantoni, Varella e França (2004), Arias e outros (2006) e Brasil (2006a): fortalecimento da capacidade de planejamento e gerenciamento de trabalhadores (Políticas de Gestão do Trabalho) bem como incentivos para aumento da cobertura e fixação de equipes de profissionais a fim de assegurar a prestação de serviços adequados e equitativos; garantia de competências e habilidades aos trabalhadores e desenvolvimento de educação permanente (desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores); formulação de política de valorização do trabalhador, por meio do PCCS e instituição da Mesa de Negociação Permanente no SUS.

Conforme o que vem sendo discutido em nível federal, interessou-nos saber o que os trabalhadores da ESF de Vitória têm percebido de mudanças na gestão do trabalho e se isso tem ocasionado impactos positivos no desenvolvimento de suas práticas profissionais.

Os discursos apontam que o vínculo efetivo é reconhecidamente uma das principais questões destacadas como positivas para se estabelecer uma Política de Gestão do Trabalho e realizar os principais objetivos da ESF, como o estabelecimento de

vínculo com a comunidade, a responsabilização, a longitudinalidade e o trabalho em equipe, além de garantir maior estímulo e motivação dos trabalhadores.

A relação entre vínculo empregatício e desenvolvimento do processo de trabalho foi identificada pelas seguintes ICs:

- O trabalho tem continuidade e é realizado em longo prazo.
- Posso estabelecer vínculo com a comunidade.
- Diminui a rotatividade dos profissionais, favorece o trabalho em equipe e o profissional trabalha motivado e seguro.

Em relação ao princípio da longitudinalidade, destacamos:

Eu acho que tem que ter uma estabilidade para o profissional. Como aquelas pessoas com um ano (de contrato) vão criar algum vínculo? Vai renovar ou não vai? Vou conseguir entrar de novo? Vou para uma Unidade melhor ou pior? Isso é horrível. Como que vai continuar? Por que você vai fazer aquilo tudo? Com o objetivo de quê? Depois você vai sair de qualquer jeito, não dá para fazer planos. Amanhã vai terminar o contrato, porque contrato tem dia, vai chegando ao final e levando com a barriga. Por exemplo, você treina um auxiliar de enfermagem e sabe que ele tem um contrato de seis meses ou um ano. Quando está aprendendo a trabalhar ele sai, aí volta à estaca zero. Isso dificulta muito o serviço, não dá para planejar nada em longo prazo (devido à incerteza) você não consegue fazer um projeto de trabalho. A população reclama muito disso “toda vez que eu venho aqui é um médico diferente”, não cria vínculo. Agora está mudando. Aqui na Prefeitura de Vitória as pessoas não estavam acostumadas com essa relação: entrar efetivos e sair os contratados. Hoje, até os auxiliares estão mudando; os agentes, acho que vão mudar. Então, o fato de você ter essa estabilidade, tem uma esperança de que o trabalho que está fazendo vai ter continuidade, um trabalho em longo prazo. Estamos tentando a organização do trabalho, o planejamento está sendo uma coisa muito importante que não havia na nossa Unidade antes. Você tem a perspectiva de ver as coisas mudar (como equipe), faz um diagnóstico e monta estratégias para trabalhar em cima de uma área, se dedica, se doa e investe mais conhecimento nessa área. Você começa a organizar o processo de trabalho e conhece a população. A gente pensa: é pra sempre, vou poder investir, os programas passarão de um ano para o outro. Você sabe que está aqui por algum motivo: tentar fazer diferente, se empenhar mais em resolver e mudar a Unidade, criar um projeto e se empenhar para buscar resultado. Porque a gente sabe que ESF é algo a médio e longo prazo, não é? Você vai

colher os frutos depois. É algo mais intenso, que pode ir mais além, você consegue planejar e ver que pode gerar frutos lá na frente, não é? Não só trata a doença aqui e agora, investe em educação, em conhecimento da população. “Aquele bebê que estou cuidando hoje vou acompanhar quando adolescente”. Enfim, resolver os problemas com prevenção e promoção de saúde é uma coisa interessante, não é? Se você quer um profissional que tenha uma formação e uma visão de promoção de saúde, é muito melhor que seja permanente, não é? Para a Saúde da Família é fundamental uma forma de contratação para que a pessoa tenha um vínculo, pois é uma ambigüidade louca fazer contrato. Quando você não tem garantias, fica à mercê da vontade política, pode ser mandado embora a qualquer momento. Ser efetivo traz mais segurança e mais efetividade e você acaba desenvolvendo melhor seu trabalho. Agora, sim, vamos construir o grande vínculo efetivo, não é? Para que tenha continuidade, não é? (20/22)

Verificamos, assim, que os profissionais, além de situarem positivamente a questão do vínculo efetivo, reconhecem e identificam a importância desse vínculo para o desenvolvimento de um trabalho a longo prazo, e da busca por um novo modelo assistencial, baseado em diretrizes, como acolhimento, entendido como a possibilidade de universalizar o acesso e proporcionar uma escuta qualificada do usuário, no sentido de resolver seu problema; do vínculo/responsabilização, em que são estabelecidas referências entre usuário e equipe de trabalhadores e a responsabilização destes para com aqueles, em relação à produção do cuidado; e da autonomização, que é a garantia de ganhos de autonomia do usuário ao se realizar a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2005).

A questão do vínculo também é destacada por outros autores (AGUIAR, 2001; ARAÚJO, 2005) como importante fator para a consolidação da ESF, pois o vínculo fortalece a permanência dos profissionais nas equipes, o que, por sua vez, favorece o desenvolvimento das ações de saúde e a gratificação pelo trabalho em equipe, já que os profissionais têm a possibilidade de atender mais casos e resolver mais problemas.

Além disso, essa questão possibilita compreender os indivíduos como sujeitos singulares, que carregam vivências e um processo histórico, fundamentais para a mudança do modelo baseado somente na doença e em aspectos fisiológicos (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007, p.10).

Assim, é necessário pensar um processo de trabalho através da visão dos trabalhadores e usuários do sistema. Esses atores são peças fundamentais para o desenvolvimento do SUS e, para que os trabalhadores possam desempenhar eficientemente suas funções, necessitam de condições adequadas de trabalho, a começar pelo tipo de vinculação à instituição, conforme destacado no discurso a seguir. Isto garantirá, de certo modo, a continuidade das ações propostas, pois todos “[...] reconhecem que o desempenho de uma organização depende de seu pessoal” (SANTANA, 2001, p. 223).

O vínculo com a família é muito importante, é primordial e você tem que estabelecer. Para a comunidade é muito ruim contrato, pois, quando começa a criar um vínculo, não é? a confiança muda. Eles reclamam: “Todo dia que eu chego aqui é uma pessoa diferente; era fulano, agora é sicrano”. A comunidade não aguenta ficar mudando não; lidar com estratégia é lidar com vínculo, não é? E contrato você não tem vínculo, o vínculo é fictício. Um ano é muito pouco, eu não conheço todos os pacientes da minha área (não dá tempo), você só fica apagando incêndio. Mas eu creio que vai ficar muito bom agora com as pessoas efetivadas, porque estabelece um vínculo e pode continuar com este vínculo. Eles (comunidade) estão vendo a gente todo dia aqui, sabe a quem se direciona;, a relação melhorou muito, até mesmo o acesso à casa deles. Esse vínculo com o paciente facilita muito, ele cria uma confiança e você tem credibilidade, não é? Você vai conhecendo a comunidade aos poucos, não fica sempre aquele troca-troca de profissional e já pode fazer um trabalho de prevenção que lá na frente vai colher os frutos. Depois que organiza a casa é um trabalho de manutenção. Eu acho que isso é legal, faz toda a diferença. O vínculo efetivo só influencia positivamente: favorece o relacionamento com a Unidade, com a comunidade e com os colegas de trabalho. (12/22)

Conforme relatado pelos profissionais, fica claro que o vínculo influencia positivamente no desenvolvimento do trabalho e ainda possibilita motivação e estímulo, que são fundamentais para a concretização de um projeto comum. Segundo Nakamura e outros (2005), a palavra motivação vem do Latim, “*motivus*”, que significa movimento, ou seja, a pessoa motivada tem um novo ânimo para atuar em busca de novas conquistas, novos projetos. Assim, para tudo que se faz é necessário uma “força”, uma “energia” para realizar as atividades do dia-a-dia. Por isso, a importância de os gestores reconhecerem e canalizarem essa força para o alcance dos objetivos institucionais.

Ainda em relação ao vínculo, destacamos o seguinte discurso:

Eles já estão se preocupando com a precarização dos vínculos. Antigamente tinha data para entrar e sair. Agora, não, efetivaram todo mundo da saúde. Os efetivos estão sendo chamados e assumindo. A questão de ser efetivo foi uma exigência do Governo, está na Constituição. Então eles falaram como se fosse um favor. Não fizeram mais que a obrigação - fizeram o básico, cumpriram a lei. Também os agentes comunitários de saúde vão ser celetistas pela Prefeitura, uma “leva” vai ser mandada embora e vai ser recontratada agora em janeiro (2008). Foi isso que o jurídico da Prefeitura mais o Ministério Público acordaram. (4/22)

Diante da fala dos profissionais, é possível identificar que eles têm consciência de todo o movimento que tem sido realizado para desprecarizar os vínculos de trabalho, inclusive das cobranças realizadas pelo Ministério Público para fazer cumprir o que está estabelecido na Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu Art. 37, inciso II, que determina: “[...] a investidura em cargo ou emprego público depende da aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos [...]”.

Vale ressaltar ainda que a EC nº 19/98, que permitia a contratação de servidores públicos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (BRASIL, 2007), após intensos debates e discussões, foi considerada inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal, por decisão preliminar (Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIT/2.135), publicada no Diário da Justiça (DJ) em 14 de agosto de 2007, o que vem obrigando os municípios a se adequarem a essa nova realidade. Assim, o município de Vitória buscou a alternativa de vinculação dos trabalhadores por meio de concurso público.

Em relação aos ACSs, também podemos notar avanços, pois o discurso traz a questão de mudanças positivas para essa categorial profissional, que até então vinha sendo contratada através de instituições filantrópicas. Entretanto, após a Medida Provisória nº 297/06, o exercício das atividades dos ACSs passou a ser de exclusividade do SUS, mediante vínculo direto com órgãos ou entidades da administração direta. Além disso, a contratação deve ser precedida de processo seletivo público de provas, ou provas e títulos, impossibilitando ainda a contratação temporária ou terceirizada e a rescisão unilateral dos contratos (BRASIL, 2006B).

Também identificamos que os profissionais percebem o trabalho em equipe como algo produzido permanentemente, no dia-a-dia, situação em que é possível compreender as satisfações e frustrações, os encontros e desencontros e a rede de relações a que cada trabalhador está submetido. Para que isso seja possível, faz-se necessário compreender que a equipe precisa de espaço-tempo para esse processo (MATUMOTO, 2003).

Antigamente era muito difícil (contrato). Eu lutava para trabalhar bem sem fingir que eu não estava preocupado, aquela ansiedade. Não tem como um ser humano ficar tranqüilo. Como é que você vai pagar suas contas? Você não tinha nem direito a férias. Hoje me sinto mais realizado, porque aquele perigo de ser mandado embora a princípio não tenho, é uma tranqüilidade e prazer maior para trabalhar. Sinto-me mais motivado. Também acho que me dá uma segurança maior pra eu brigar por mudanças, não é? Para eu falar minha opinião e não ter ameaça de ser mandado embora. Isso está ajudando a união da equipe, a adesão aos trabalhos, o estímulo melhorou e o envolvimento também. Antes não havia envolvimento com os outros colegas. Era assim: “Eu não vou me envolver porque vou sair mesmo”. Agora, não, todo mundo está comprometido e colaborando. Diminuiu também o rodízio, que é um dos problemas no PSF, e isto favorece o trabalho em equipe, porque começa a conviver com as pessoas e a entender como é um e outro. (7/22)

Conforme Birchler (2007), a rotatividade dos profissionais traz como consequência a dificuldade em estabelecer vínculos com os usuários e demais membros da equipe, a falta de acompanhamento das ações e a não-apropriação da realidade presente no território.

Os trabalhadores compreendem, assim, que não basta apenas à busca do tratamento eficiente do indivíduo, muitas vezes individualizado e fragmentado, mas ações que possam fortalecer a “[...] prática do trabalho em equipe decorrente do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho com interação social, com possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer cotidiano” (CECCIM, 2005, p.168-169).

No que diz respeito à concretização das mudanças empreendidas pela gestão municipal, são destacadas as seguintes ações, além da realização de concursos públicos e a adequação da contratação dos ACSs:

- A Prefeitura tem investindo na formação dos profissionais.
- Existe um plano de cargos, carreiras e salários.
- Acontecem as rodas de educação permanente.
- Não tenho conhecimento sobre as mesas de negociação permanente.

A necessidade de investir na formação dos profissionais é citada pela maioria dos entrevistados, o que demonstra a importância dessa ação para os trabalhadores. Entretanto, fica claro que os investimentos são focalizados em treinamentos, palestras e cursos, estes últimos voltados especialmente para os trabalhadores efetivos. Essa ação em nenhum momento aparece nas falas dos profissionais como parte de uma política sistematizada de desenvolvimento e formação para os trabalhadores do SUS.

Entendemos por desenvolvimento e formação as ações de aprimoramento permanente voltadas para todos os trabalhadores do SUS, independente do tipo de vinculação à Instituição, no sentido de aperfeiçoar a prática em saúde e melhorar a qualidade dos serviços. Essas ações devem também estar presentes em um planejamento estratégico que contemple a participação dos trabalhadores na definição dos objetivos a serem trabalhados e, ainda, os campos relacionados à educação permanente, à educação técnica, superior e popular, à especialização e à produção de conhecimento (BRASIL, 2005c).

Outra questão importante é apontada por Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43):

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Podemos perceber que essa questão não aparece no discurso. Há referência somente, como já apontado, ao modelo de educação tradicional, que não propicia procedimentos eficazes na forma de cuidar, nos quais a problematização das ações aparece como ponto central.

A Prefeitura de Vitória investe muito em relação a curso, treinamento. Estão sendo feitas várias capacitações: de idoso, dengue, doenças infecciosas e exantemáticas, tem várias coisas. Sempre tem palestras e cursos. Isso é legal, o investimento na qualidade do profissional. Eu mesmo sou facilitador e vamos fazer capacitação para todos os estatutários, para o nivelamento de ações e atividades. A gente vai poder fazer uma Pós-Graduação em Saúde da Família, visando um nivelamento de conhecimentos entre os profissionais. Temos uma consultoria na Atenção Básica, tem o GERUS (Curso de Especialização para Gerentes), Saúde Coletiva (que já está acontecendo) e terão outras (especializações) em 2008: Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. Tem um investimento bom em recursos humanos, o comprometimento de investir no crescimento profissional. Isso tem estimulado a gente participar. Mas tudo está direcionado para o profissional efetivo; o contratado fica em segundo plano, se sobrare vagas. Na gestão anterior, tinha até os cursos, mas não as especializações. Eu sou a favor de investir na pessoa. Quanto melhor preparada estiver para resolver os problemas de uma determinada população, melhores os resultados com custo menor. (19/22)

Em relação ao Projeto Desenvolvimento Gerencial em Unidade de Saúde (GERUS) destacamos a iniciativa da gestão municipal em promover um curso de especialização para a Gerência de Unidades de Saúde, cujo objetivo é desenvolver o trabalho em nível local visando solucionar os problemas de saúde da população, o que pode fortalecer a descentralização e a reorganização nesse nível. Além disso, a necessidade de análise do gerenciamento local é imprescindível, pois é na unidade de saúde que os problemas podem ser identificados e priorizados, mudando o modo de se fazer saúde (BERTUSSI; ALMEIDA, 2003).

Retomando a questão da construção do processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, as Rodas de Educação Permanente apresentam-se como proposta possível e viável, pois permitem a discussão do processo de trabalho e a construção de alternativas para a resolução dos principais problemas que acontecem no dia-a-dia, além de proporcionarem uma formação permanente e contínua. Embora ainda apresente muitas controvérsias, essa ação aparece na fala de todos os profissionais entrevistados:

As Rodas de Educação Permanente acontecem de 15 em 15 dias geralmente, às vezes uma vez por mês. Na roda, a gente discute o processo de trabalho, o que vai fazer com o hipertenso, diabético, o que é consulta do médico e da enfermagem, acolhimento, como é

essa demanda, isso tudo. Às vezes a discussão é mais para lavar roupa suja. Também não temos muito apoio, porque recursos humanos só não adianta, tem que ter recursos materiais e tecnológicos também, não é? O que depende dos recursos humanos é feito, mas fica muito pouco, não é? As rodas existem, mas não alcançaram a proposta. Não funciona nesse modelo que está sendo feito. Eu falo que não é politicamente correto: as pessoas não gostam de saber que está se fazendo uma coisa e não está sendo resolutivo. As rodas de educação permanente seriam aquilo que poderia solucionar. Elas estão engatinhando como um bebê. Ainda tem muito a construir, como debater o modelo médico centrado e organizar melhor a roda para todo mundo poder participar. (22/22)

Podemos perceber que as rodas de educação permanente, nas unidades de saúde, não vêm alcançando satisfatoriamente os objetivos a que se destinam, pois, para atuarem efetivamente sobre os nós críticos da organização dos serviços e das práticas, propondo estratégias e pactos construídos coletivamente, terão que estar articuladas com a gestão municipal com cujo apoio parecem não contar. Representam, assim, um processo de conjugação entre educação e trabalho, ou seja, formação e produção de processos e práticas nos locais de serviço, e promovem a articulação entre o Quadrilátero ensino, gestão, atenção e controle social (BRASIL, 2005c).

Nessa lógica, a educação permanente exerce um papel fundamental para a formação dos profissionais que compõem as equipes da ESF e precisa ser efetivada com a participação de todos os integrantes, de acordo com a proposta de Barros e Barros (2007, p. 78):

[...] equivale a intervir na situação sempre coletiva do trabalho. Uma proposta de formação que não leve em conta as especificidades dos saberes e conformações locais em seu entrecruzamento estará fadada ao insucesso, pois nada transformará. Formação é, assim, trans-formação.

Nessa perspectiva, o profissional poderá efetivar no dia-a-dia uma prática dentro de uma visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade e também das relações e processos de trabalho, envolvendo uma atuação crítica, competente e resolutiva, ou seja, ser um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar suas ações. “Esta é a direção em que apostamos, aquela em que a formação do/no trabalho em saúde é potência de formar, potência dos/nos encontros que constroem equipes, potência do coletivo” (BARROS; BARROS, 2007, p. 79).

Outra questão relevante quando falamos em gestão do trabalho no SUS e adoção de mecanismos que possibilitem o equacionamento das distorções existentes no gerenciamento da força de trabalho está relacionada à efetivação do PCCS, também reconhecido e apontado pelos profissionais, embora imbuído de muitas críticas.

Já tem o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, só que isso não está em vigor ainda não, as promoções serão só daqui a dois anos. Ele tem problemas de acomodação, mas quando você reclama, diz que é um processo que está sendo estudado, que está sendo avaliado. Você passa três anos para depois conseguir uma ascensão. Depois do primeiro nível até o último nível você tem uma melhoria de 75-80% do seu salário, mas só daqui a seis anos se você tiver alguma ascensão profissional. Eu acho muito ruim, não é? Aí, aí, é brincadeira...Na prática, não vale nada, eu não vi nada de bom nisso. Eu acho que o profissional da saúde da família tem que ter alguma coisa diferente. O profissional do plantão e o de 20 horas que não fazem PSF ganham gratificação como eu, enquanto eu pego meu carro e vou fazer visita, me exponho e não ganho gratificação diferenciada por isso. Entendeu? O Plano de Cargos, Carreiras e Salários ainda está sendo muito questionado, não é? Quem vai avaliar? Não foi discutido e as pessoas interessadas não foram ouvidas. Quando mexe com política e coisa financeira é sempre assim. (14/22)

Nota-se no discurso que os profissionais não estão satisfeitos com o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Profissionais de Saúde do município de Vitória, aprovado pela Lei n.º 6.753/06 (VITÓRIA, 2006b), embora este se tenha caracterizado como um avanço, principalmente quando comparado ao de outros municípios com porte equivalente de Vitória. Como aponta pesquisa realizada por Arias e outros (2006b) em 2004 apenas 147, dos 248 municípios com mais de 100 mil habitantes selecionados para o estudo responderam ao questionário. Desses, destes 61,5% tiveram seus PCCS sancionados, mas apenas 38,5% efetivamente o implantaram.

Outro fato importante, que vale ser destacado, é a dificuldade de se implantar esses planos. Apesar de já estarem previstos em lei desde 1990 (Lei n.º 8.080/90 e Lei n.º 8.142/90) e serem recomendados em todas as Conferências Nacionais de Saúde, na década de 1990, período em que foi instituído o Plano Diretor de Reforma e Estado, as ações e serviços de saúde bem como a carreira no SUS não foram concebidas como exclusivas e estratégicas do Estado. Esse processo repercutiu negativamente durante vários anos e somente com a reinstalação da Mesa Nacional

de Negociação Permanente do SUS (Resolução n.º 333/CNS, de 4 de novembro de 2003) as discussões passaram a fazer parte novamente da agenda do Governo Federal. Foram então formados grupos de trabalho (GTs), entre eles o GT Plano de Carreira, posteriormente incorporado a uma Comissão Especial criada para elaborar as diretrizes do PCCS/SUS, que vão ao encontro dos princípios da Norma Operacional de Gestão do Trabalho no SUS (BRASIL, 2005a)

Assim, assevera Brasil (2005a, p. 12): “A implantação de planos de carreira tem sido constantemente referida como fundamental, não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas, sobretudo, para a consolidação do Sistema Único de Saúde”.

Retomando as falas do discurso, fica claro que os trabalhadores da ESF não participaram efetivamente do processo de negociação para implantar o PCCV municipal e se sentem desvalorizados em relação aos demais profissionais, pois relatam que a dedicação à ESF é muito maior que a de outros serviços e, no entanto, seu trabalho não é reconhecido.

Ao analisar o PCCV de Vitória, podemos perceber que existem dois tipos de progressão: a vertical (passagem de uma classe para a referência inicial da classe seguinte, mediante obtenção de escolaridade superior ao exigido como requisito para o cargo) e a horizontal (passagem de uma referência para outra superior, mediante avaliação de desempenho – avaliação da qualificação, de competências e assiduidade). A evolução funcional somente se dará, observados os limites de 10% dos profissionais de saúde de cada grupo na progressão vertical e de 15% de cada grupo na progressão horizontal. Assim, os profissionais são classificados para progredir, de acordo com as notas obtidas na avaliação de desempenho. Outro fator importante é que a primeira avaliação de desempenho só ocorrerá em 2009, com efeitos financeiros em 2010 (VITÓRIA, 2006b).

Talvez por conta dessa situação, os profissionais tenham relatado insatisfação em relação ao crescimento funcional e a valorização salarial, pois, além de começarem a receber o correspondente às progressões só em 2010, o valor acrescido ao salário ao final da carreira, cumpridas todas as exigências da progressão, não ultrapassará 55% do valor do salário inicial. Destacamos, também, que existe uma diferença

salarial entre os membros da equipe da ESF, o que vai contra a proposta de organização e operacionalização da Estratégia, pois não incentiva o trabalho em equipe e causa desconforto entre os profissionais, já que o trabalho não é realizado exclusivamente por um profissional e ainda busca a reversão do modelo médico centrado.

Outra questão incisiva no discurso é a desconfiança dos profissionais em relação a quem vai avaliar o desempenho dos trabalhadores, ficando mais uma vez claro que o processo de discussão e construção do PCCV não foi difundido de forma ampla entre os trabalhadores, ou seja, parece não ter havido um processo sistemático de negociação entre gestão e trabalhadores.

Nesse aspecto, os profissionais relatam desconhecer a Mesa de Negociação Permanente no SUS, que seria um instrumento fundamental para o processo de democratização das relações e resolução de conflitos provocados pelas inúmeras mudanças nas formas de regulação e no processo de trabalho. O conflito, por ser inerente às relações de trabalho, necessita ser trabalhado, evitando-se, assim, a baixa produtividade, a má qualidade dos serviços e a ineficiência, além da frustração de servidores e da insatisfação dos usuários. Por isso, o processo de negociação em torno das condições de trabalho, da prestação de serviços e dos salários assume um papel necessário e imprescindível na discussão das relações entre trabalhador e empregador (MACHADO et al., 2006).

Não tenho conhecimento sobre mesas de negociação ou processo de negociação permanente, nunca tive informação e nem acesso. Podem até existir, mas nunca chegou nenhuma CI comunicando, eu desconheço. Nós temos um grupo, na minha equipe o auxiliar (de enfermagem) foi escolhido, sendo que senta com a coordenação, mas não tem ninguém da secretaria. Existe, sim, uma cobrança o tempo inteiro e o nível Central é muito distante do que chamamos de ponta. Para te ouvir aqui é muito difícil. Isso para mim é uma Gestão burra. Se você não pára para ouvir as pessoas, não vai dar certo. Tudo é besteira. (4/22)

Em relação a essa ação, a maioria dos profissionais entrevistados nem sequer a citou, o que demonstra que eles a desconhecem e que falta divulgação desse espaço de discussão por parte da SEMUS, já que a Mesa foi instaurada no Município apenas em abril de 2007 (VITÓRIA, acesso em 1 mar. 2008b), apesar de ter sido proposta desde 2006, no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006d).

A tendência desse processo, identificado pelos próprios trabalhadores como “Gestão burra”, é a indução ao individualismo e à competitividade no ambiente de trabalho, ocasionando problemas de relação e isolamento dos profissionais em suas “ilhas de saberes”, ou seja, provocando a fragmentação dos saberes e do modelo assistencial proposto pela ESF.

Segundo Barros e Barros (2007, p. 81):

A gestão não é mais identificada apenas a um cargo ou lugar (o lugar do gestor/diretor/coordenador), mas ao processo de pensar/decidir/executar/avaliar o trabalho, que é prerrogativa de qualquer trabalhador. [...] Se a gestão é função de gerir, melhor seria então dizer co-gerir, pois se trata de co-engendramento do processo de trabalhar (no nosso caso, produzir saúde) e de subjetivar (produção de trabalhadores).

Esse processo de discussão precisa ser estimulado e entendido junto com os trabalhadores, a fim de proporcionar o debate coletivo de questões que afligem trabalhadores e gestores, como o PCCV, o processo de educação permanente, as gratificações, as jornadas de trabalho, os salários e as diversas insatisfações elencadas pelos trabalhadores nesta pesquisa, questões que, direta e indiretamente, interferem no processo de trabalho desses profissionais e acabam atingindo igualmente a população usuária dos serviços.

Apesar dos avanços, notamos no discurso dos profissionais que ainda existe na SEMUS uma necessidade de transformação relacionada à gestão do trabalho no SUS, como a estruturação de uma política sistemática de desenvolvimento e formação profissional e a democratização das relações de trabalho, para que esses profissionais possam ser reconhecidos como sujeitos responsáveis pela funcionalidade, organização e transformação do sistema, capazes, ainda, de atuarem nos processos decisórios correlacionados à execução dos cuidados de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como premissa inicial a discussão sobre as formas de vinculação dos trabalhadores da ESF no município de Vitória, considerando que, em vários municípios brasileiros, após um processo intenso de mudanças econômicas e sociais, que imprimiu uma nova conformação ao papel do Estado, a questão da força de trabalho passou a ser cada vez mais flexibilizada e desregulamentada, ocasionando inúmeras consequências para a gestão do trabalho no SUS.

Esse processo pode ser comprovado em inúmeras pesquisas realizadas ao longo desta década, com destaque, no Espírito Santo, para os dados levantados pelo SISPSF (dados de 2005), pelos quais ficou claro que, neste Estado, a maioria dos vínculos empregatícios dos profissionais da ESF se apresentava precarizados. A partir de então, identificou-se também que o município de Vitória era um desses exemplos.

Entendendo-se que a ESF apresenta particularidades e desenvolve ações específicas, voltadas para a promoção e a prevenção da saúde, tendo como norte a mudança do modelo assistencial de saúde desenvolvido e vivenciado até então, ou seja, o modelo curativista, com foco na doença, na medicalização e na hospitalização da população, faz-se necessário olhar a estratégia a partir de outro ponto de vista, que contemple seus trabalhadores como propulsores de uma atenção diferenciada.

Dessa forma, pudemos evidenciar nesta pesquisa que o município de Vitória, a partir de 2006, tem empreendido esforços para melhorar a gestão do trabalho na saúde, destacando como principais ações a realização de concursos públicos específicos para essa área e a efetivação da quase totalidade de servidores públicos da ESF.

Fica evidente, assim, o reconhecimento por parte dos profissionais da importância do vínculo institucional como forma de proporcionar mais motivação e segurança, o que, por sua vez favorece o desenvolvimento do processo de trabalho como um todo, ou seja, os aspectos relacionados ao vínculo com a comunidade, a realização

de um trabalho contínuo e a longo prazo e a construção de um projeto profissional coletivo.

Também ganha importância e relevância a mudança na estrutura administrativa e organizacional da Prefeitura de Vitória, que passou a regulamentar o funcionamento das unidades administrativas da SEMUS, contemplando em sua estrutura a Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, onde estão localizadas as Coordenações de Gestão de Pessoas e de Educação em Saúde e a Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde.

Essa ação evidencia o interesse da gestão municipal em estabelecer novos patamares para a política de gestão do trabalho, em proporcionar uma estrutura estratégica e de acordo com as recomendações feitas nas legislações do SUS, nas Conferências de Saúde e nas NOBs sobre a valorização e desenvolvimento dos trabalhadores, para se alcançar um SUS eficiente e de qualidade, no qual trabalhadores fiquem mais satisfeitos e comprometidos com o trabalho.

Ainda em 2006, a Coordenação de Educação em Saúde da Gerência de Gestão do Trabalho incorporou-se à Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde, passando a desenvolver toda a política voltada para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. A partir de então, tem-se buscado desenvolver o processo de educação permanente, através das Rodas de Educação Permanente, e promovido vários cursos, inclusive de especialização, para os trabalhadores do SUS, de acordo com as necessidades de cada área de atuação.

Segundo Brasil (2007), identificando-se o tipo de qualificação de que o trabalhador necessita ou o tipo de problema que essa qualificação se propõe resolver é possível identificar de forma mais adequada os problemas vivenciados e as competências e novas funções a serem desenvolvidas, o que, por sua vez, possibilita um atendimento mais qualificado e resolutivo.

Os cursos e treinamentos oferecidos para as equipes de saúde são muito citados pelos profissionais, entretanto, não ficou clara a percepção dos trabalhadores sobre esse processo, ou seja, sobre a inserção deles em uma política de formação e desenvolvimento sistemática, que contemple as demandas necessárias para o desenvolvimento das ações em nível local.

Sobre as rodas de educação permanente, os profissionais, em sua maioria, apontam que elas ocorrem, entretanto relatam que esse processo não tem favorecido a participação de todos nem atendido de forma satisfatória o conjunto de necessidades das equipes de saúde. Evidencia-se, ainda, que esse processo se encontra em uma fase muito inicial e não conta com a participação efetiva da gestão municipal para resolver parte dos problemas identificados.

O processo de Educação Permanente torna-se fundamental para o desenvolvimento do trabalho, conforme os pressupostos da ESF, na medida em que possibilita atenuar as lacunas entre os conteúdos das matrizes curriculares e a dinâmica que ocorre nos territórios de trabalho de cada equipe.

Outra questão ressaltada como importante para a valorização e estímulo ao desenvolvimento profissional foi a aprovação em 2006, da lei que institui o PCCV dos profissionais de saúde da SEMUS. Embora esse instrumento seja reconhecidamente fundamental para a gestão do trabalho, os profissionais apontam insatisfação quanto ao crescimento funcional e à valorização salarial, além de expressarem desconfiança quanto ao processo de avaliação de desempenho, o que demonstra a falta de envolvimento desses trabalhadores no processo de discussão e elaboração do plano.

Destaca-se também que o PCCV não contemplou as especificidades da ESF, trazendo diferenças entre os pisos salariais dos profissionais de nível superior, o que causa desconforto e até mesmo certa rivalidade entre os membros da equipe. Esse fato pode ser considerado como um dos entraves que têm provocado a dificuldade do trabalho em equipe.

Os profissionais enfatizam a necessidade do desenvolvimento do trabalho em equipe como requisito fundamental para se efetivarem as diretrizes da ESF. Aparecem no processo de trabalho das equipes atitudes individualistas e fragmentadas, o que tem acarretado problemas de relacionamento e de equalização das ações em torno de um objetivo comum, ou seja, a integralidade da atenção fornecida aos usuários. Além disso, a manutenção da hierarquia é reproduzida historicamente nos serviços de saúde e no saber centrado no profissional médico, traduzindo-se em um empecilho às práticas multidisciplinares, o que, segundo Merhy

e outros (2003), não se caracteriza como trabalho em equipe – é o aprisionamento de cada um em seu “núcleo específico” de saberes.

O trabalho em equipe e o processo de trabalho são temas de um debate que precisa ser realizado permanentemente dentro dos espaços de discussão que envolvem a ESF. Entendemos, então, que se faz necessário repensar esse modelo de gestão, “[...] possibilitando o emergir de produção de ações mais participativas e interdisciplinares que possam potencializar e criar vetores de forças positivas em direção às mudanças” (LIMA, 1998, p. 228).

Em relação a essa questão, destaca-se outra situação: as equipes foram constituídas recentemente, após a realização de concursos públicos, e ainda existem profissionais sendo incorporados, como é o caso dos ACSs e dos auxiliares de enfermagem. Assim, ainda não foi possível constituir equipes coesas. Além disso, os profissionais não fizeram menção a ações específicas por parte da gestão municipal nessa área, ou seja, não houve uma discussão voltada para a mediação e resolução de conflitos.

Torna-se de fundamental importância, então, a reconstrução dos processos de trabalho com a participação efetiva dos trabalhadores de saúde, para proporcionar a troca de saberes e fazeres, no intuito de buscar estratégias de enfrentamento do conjunto de problemas relacionados ao cuidado em saúde e, também, oferecer ao usuário um atendimento integral, responsável e qualificado.

A remuneração dos trabalhadores é evidenciada como um dos motivos que traz insatisfação, pois é apontada como insuficiente e inadequada ao tipo de trabalho realizado na ESF. Embora exista uma política de gratificação para os trabalhadores da saúde, esta também traz descontentamentos, pois não garante aos profissionais que tal gratificação seja incorporada aos salários e aposentadorias, ficando o trabalhador em situação vulnerável.

Outra questão importante a ser destacada é a insatisfação dos profissionais quanto ao modelo gerencial, ou seja, existe uma preocupação muita grande por parte dos gerentes quanto à produção e ao cumprimento de horário e pouca participação dos trabalhadores nas instâncias de decisão, o que ocasiona estresse e angústia, além da falta de compromisso dos trabalhadores, que se preocupam somente com

resultados imediatos e se tornam apenas cumpridores de tarefas. Nos discursos inclusive, aparece o termo “Gestão burra”, no sentido de que a gestão não tem levado em consideração as contribuições dos profissionais nem tem conseguido estabelecer uma relação de parceria e autonomia, essencial para o desenvolvimento do processo de trabalho.

Assim, o papel da gestão deve ser mais amplo, ou seja, deve “[...] possibilitar o compartilhar de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, neste sentido, poderá se constituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas” (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p. 445).

Sobre esse aspecto, Pedrosa e Teles (2001) consideram que a autonomia é de fundamental importância para se gerenciarem atividades nas unidades de saúde, o que, por sua vez, permite retorno mais rápido à população, conferindo maior confiabilidade da comunidade em relação ao trabalho desenvolvido.

Os profissionais também enfatizam que as Mesas de Negociação Permanente, seriam instrumentos importantes para os trabalhadores participarem do processo de gestão do trabalho e resolução de conflitos, além do levantamento de demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito do SUS, como o PCCS, os salários, a avaliação de desempenho, a responsabilização profissional, as gratificações e os diversos entraves que podem surgir no decorrer do processo de trabalho.

Conclui-se assim que, apesar dos esforços realizados pela gestão municipal, principalmente em relação à expansão dos quadros de pessoal e à despreciação dos vínculos empregatícios, o que obedece a uma decisão política e estratégica, buscando suplantir uma série de problemas relacionados à força de trabalho em saúde que se acumularam na última década, outras questões qualitativas necessitam de uma atenção especial e devem ser enfrentadas com seriedade, pois a gestão dos trabalhadores no SUS é uma questão que não pode mais ser adiada. É necessário estabelecer ações que incluam aspectos administrativos, éticos, técnicos, políticos e econômicos, que visem a soluções intersetoriais e que potencializem os trabalhadores, no sentido de se realizar um processo adequado de participação, valorização e desenvolvimento profissional, compatível com as reais

necessidades de mudança do modelo que se pretende construir na rede municipal, e também que essas ações busquem atender de forma coerente as necessidades da população.

Dessa forma, desprecariar não significa somente proporcionar estabilidade no emprego, por meio de concurso público. Significa também garantir as condições adequadas de desenvolvimento e valorização profissional, de modo que seja possível a realização de um trabalho diferenciado, de qualidade e produtor de autonomia para os protagonistas implicados nesse processo.

Araujo (2005) enfatiza que, para se efetuarem as mudanças no conjunto de pressupostos e concepções fundamentais para o desenvolvimento dos objetivos da ESF, que tem como foco principal o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários, são necessárias mudanças estruturais e organizacionais, que possam transformar concepções arraigadas nas práticas cotidianas. Para que isso ocorra, faz-se necessário o resgate de habilidades e a complementação da formação acadêmica/profissional, o que pode ser realizado por meio do processo de educação permanente e da maior participação dos trabalhadores na gestão do cuidado em saúde.

Nogueira (acesso em 6 mai. 2008f) afirma que, para ir além das tarefas usuais, a gestão de trabalhadores no SUS precisa ser potencializada e difundida no âmbito organizacional e estar em sintonia com a missão institucional, no intuito de motivar os trabalhadores para “uma caminhada na mesma direção”, ou seja, a missão deve contemplar sempre o cumprimento dos interesses públicos.

O campo de atuação da gestão do trabalho, no componente trabalhadores, deve procurar aglutinar um conjunto de atividades, como planejamento, avaliação, qualificação e formação, que contemple as necessidades locais e a resolução de problemas, a regulação do trabalho, a fixação dos profissionais, a discussão do processo de trabalho, o desenvolvimento de relações interpessoais e de trabalho em equipe e a negociação coletiva e permanente que possibilite o exercício da administração pública participativa e democrática, em que pendências resultantes de conflitos no processo de trabalho possam ser resolvidas.

A realização dessas ações traz impactos positivos sobre os serviços de saúde realizados, como o aumento da produtividade e do desempenho e maior satisfação por parte dos trabalhadores e usuários, pois aumenta a qualidade da atenção oferecida.

Importante destacar que desde a promulgação do SUS, há 20 anos, poucos esforços foram realizados para se fazerem cumprir as regulamentações referentes à área de gestão do trabalho. Essa ausência provocou inúmeras conseqüências que precisam ser sanadas para a concretização de um SUS eficaz, voltado para as reais necessidades da população. Atualmente, tem-se reconhecido, ainda que de forma lenta, a importância de investimentos nessa área, e cada gestor tem a responsabilidade pela efetivação desse processo e pelo cuidado com nossos trabalhadores, que, afinal, são responsáveis pela organização do trabalho e pela atenção dispensada a população.

Nesse sentido, esta pesquisa não se encerra aqui. Ela aponta a necessidade de outros estudos nesta área, bem como, um olhar diferenciado sobre os demais membros da equipe, como os auxiliares de enfermagem e ACS que não foram analisados nesta pesquisa, mas que representam um papel fundamental nesse processo e como os demais membros precisam de vínculos fortalecidos para desenvolverem um trabalho coerente e articulado com os princípios e diretrizes da ESF.

Além disso, torna-se imperativo aprofundar em outros estudos as questões relacionadas à gestão do trabalho e às aspirações e direitos dos trabalhadores de saúde, no sentido de se buscar resignificar os processos de trabalho, entendendo que o mundo do trabalho é cotidianamente operado através de intensos processos relacionais que são, ao mesmo tempo, lugares de tensão vital, em que estão em disputa as lógicas de controle desse processo e a produção de lógicas produtivas não só de vínculos, mas também da autonomia dos sujeitos implicados nos processos de mudanças que vão construindo e (des) construindo no dia-a-dia das relações e encontros da produção dos trabalhos no SUS/ESF.

Acreditamos que, ao levantar este tema, as discussões aqui apresentadas também contribuem para o crescimento e fortalecimento da ESF no estado do Espírito Santo,

pois várias das situações elencadas são comuns a outros municípios e precisam ser enfrentadas por todos os atores implicados na gestão do SUS.

7 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Avanços e dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2001. p.173-199.

AFONSO, J. R. R.; ARAUJO, E. A. **Cadernos Adenauer**. São Paulo. n.4, junho 2000, p.35-55.

AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil**: a resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). 2001. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

ALMEIDA, E. S. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Org.). **Gestão de serviços de saúde**: descentralização e municipalização do SUS. São Paulo: Ed. USP, 2001. p.13-50.

ANDERSON, P. O balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2007.

ARAÚJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família**: um olhar genealógico sobre o controle social. 2005. 221 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

ARAÚJO, M. A. et al. Para subsidiar a discussão sobre a despreciação do trabalho no SUS. **Caderno RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 163-174, 2006.

ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do trabalho no SUS. **Caderno RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 119-134, 2006a.

_____. Situação dos planos de carreiras das secretarias estaduais e municipais de saúde. **Caderno RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 149-161, 2006b.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, E. B. de B.; BARROS, R. B. de. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 75-109.

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BERTUSSI, D. C.; ALMEIDA, M. J. de. A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: projeto GERUS. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 105-136.

BOSCHI, R.; LIMA, M. R. S. de. "O Executivo e a Construção do Estado no Brasil – do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório". In: VIANNA, L. W. (org.). **A Democracia e os três poderes no Brasil**. Rio de Janeiro/Belo Horizonte, IUPERJ/Editora da UFMG, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 20 ago. 2007a.

_____. **Emenda Constitucional n.º 19**, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, 5 jun. 1998. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/eme/emc19.htm>.

Acesso em: 10 ago. 2007.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias**. Rio de Janeiro, 2001a.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **Emenda Constitucional n.º 51**, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília, 14 fev. 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/eme/emc51.htm>. Acesso em: 15 jan. 2008.

_____. **Medida Provisória n.º 297**, de 9 de junho de 2006. Regulamenta o § 5.º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo único do Art. 2.º da Emenda Constitucional n.º 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 12 jun. 2006b. Seção 1, p. 1.

_____. **Lei n.º 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n.º 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 5 out. 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 15 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____._____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____._____. **Portaria n.º 2430/GM**, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab03/gabdez03.htm>>. Acesso em 15 dez. 2007.

_____._____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família.** Brasília, 2004a. Disponível em:<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 15 maio 2007.

_____._____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde:** agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade - qualificação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____._____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____._____. **Portaria n.º 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 22 fev. 2006d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

_____._____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de desprecarização do trabalho no SUS (DesprecarizaSUS):** perguntas & respostas. Brasília, 2006e.

_____. _____. **Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das relações de trabalho no SUS**. Brasília, 2006f. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/relatorio_seminario_desprecarizacao.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2007.

_____. _____. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília, 2006g.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 12**, de 3 de outubro de 1991. Aprova o documento "Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS" para os Estados, Municípios e Distrito Federal, anexado à Resolução. Brasília, 1991. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm>. Acesso em: 15 dez. 2007.

_____. _____. _____. **Resolução n.º 330**, de 4 de novembro de 2003. Aplicar "NOB/RH-SUS" como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, e publicar e divulgar nacionalmente o inteiro teor do documento. Brasília, 2003b. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 15 dez. 2007.

_____. _____. _____. **Resolução n.º 331**, de 4 de novembro de 2003. Ratificar o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS. Brasília, 2003c. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 15 dez. 2007.

_____. _____. _____. **Resolução n.º 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2003d. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 26 mai. 2008.

_____. _____. _____. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. _____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal**. Brasília: CONASS, 2004b.

_____. _____. _____. **Gestão do trabalho na saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 197-215.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado).

BIRCHLER, C. M. **Estratégia Saúde da Família e interações por condições sensíveis à atenção ambulatorial: relação produzida no campo da prática profissional**. 2007. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Unidade, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BULOS, U. L. Reforma administrativa. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 214, [SI], out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006. v. 1, p. 417-442.

CAMPOS, F. E; AGUIAR, R. A. T. A expansão da atenção básica nas grandes cidades e a especialização em saúde da família como estratégia para sua viabilidade. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, n. 1, p. 103-117, 2006.

CASTRO, J. L. de. et al. **Programa saúde da família: flexibilidade e precarização no trabalho**. Pesquisa integrante do Plano Diretor 2004/2005 da Rede de Observatório de recursos Humanos em Saúde. Natal: Observatório RH/NESC/UFRN, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/PSF_flexibilidade_e_precarizacao_notrabalho.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2007.

CASTRO, J. L. de; FERNANDES, V. de P.; VILAR, L. A. de. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p.105-120.

CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECCIM, R. B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde“, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, A. de. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 161-180.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COSTA, M. da S. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 111-131, 2005.

CRUZ, S. C. de S. **Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família: o caso de Resistência**. 2007. 174 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

DAVEL, E. P. B.; VASCONCELOS, J. G. M. (Org.). **Recursos humanos e subjetividades**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

DINIZ, E. Reforma do Estado, regime político e Estado de direito: continuidades e rupturas no padrão de ação estatal. In: _____. **Globalização, reformas**

econômicas e elites empresariais: Brasil anos 1990. Rio de Janeiro: FGV, 2000, p. 31-57.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia:** um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de Informação de Saúde do Programa Saúde da Família – SISPSF.** Vitória, 2005.

_____. Tribunal de Contas. **Manual de orientação para o Estado e os municípios capixabas sobre a gestão das ações e serviços públicos de saúde:** Resolução TCEEES nº 216/2007/Tribunal de Contas. Vitória: O Tribunal, 2007

FEUERWERKER. L. C. M.; LIMA. V. V. de. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde.** Brasília, 2002. p. 169-178.

FIGUEIRÊDO, C. M.; NÓBREGA, M. **Lei de responsabilidade fiscal.** 4. ed. São Paulo: Campus, 2004.

FIORI, José Luís. **Em busca do dissenso perdido:** ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight Editorial, 1995.

GERMANO, R. M. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: CASTRO, J. L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS:** entre o visível e o oculto. Natal/RN: Observatório RH-NESC/UFRN, 2007. p. 105-132.

GERSCHAMAN, S. A. Descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 147-170, 2000.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.157-190.

GOMES, R. S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em grupo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da**

integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 19-36.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna:** uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Loyola, 1993.

JANAUDIS, M. A. Medicina de família ou Programa de Saúde da Família? In: RONCOLETA, A. F. T. et al. **Princípios da medicina de família.** São Paulo: SOBRAMFA – Soc.Bras. de Med. de Família, 2003. cap. 5.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, 1994.

LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1997.

LAURELL, A. C.; NOGUEIRA, M. **Processo de produção e saúde.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LEFÈVREVE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul/RS: Educs, 2005a.

_____. **Depoimentos e discursos:** uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro, 2005b.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Florianópolis: Ed. UFSC, 2002.

LIMA, R. de C. D. **A enfermeira:** uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. 1998. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, n. 1, p. 13-26, 2006.

MACHADO, M. H. et al. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 257-281.

MACHADO, M. H. et al. A mesa de negociação como instrumento para a gestão do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, n. 1, p. 141-148, 2006.

MANDEL, E. **A crise do capital**: os fatos e sua interpretação marxista. Tradução de Juarez Guimarães e João Machado Borges. São Paulo: Ensaio, 1990.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MARTINUZZO, J. A. **Projeto Terra**: Vitória para todos. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória, 2002.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no programa saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In:

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. A produção imaginária da demanda e do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005, p. 181-194.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIN-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-422, 1999.

MISHIMA, S. M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 132-156.

NAKAMURA, C. C. et al. **Revista de Ciências Empresariais**, Maringá/PR, v. 2, n.1, p. 20-25, jan./jun. 2005.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1992.

NEVES, G. H. O município no Brasil: marco de referência e principais desafios. **Cadernos Adenauer**, São Paulo. n. 4, p. 9-33, jun. 2000.

NOGUEIRA, R. P. Resultado do estudo de avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília, 2002. p. 31-44.

_____. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. v. 1, p. 45-58.

_____. Novas Tendências Internacionais da Força de Trabalho do Setor Público: o Brasil comparado com outros países. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: UNB, 2005b, p.1-11.

_____. **Recursos humanos como uma função política de regulação**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/polrhs/temas.htm>>. Acesso em: 6 mai. 2008f.

NOGUEIRA, M. A. **Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005a.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. de A. Limites críticos da noção de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 81-103.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. da; RAMOS, Z. do V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde**. Brasília/DF: IPEA, 2000. p.1-28. (Texto para discussão n. 735).

OLIOSA, D. M. S. **Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa**. 1999. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2006 - Trabalhando juntos pela Saúde**. Genebra: OMS, 2006.

PAULA, A. P. P. de. **Por uma nova gestão pública:** limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M., Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública.** São Paulo, v.35, n.3, jun. 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 161-177.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública,** São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. M.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil:** estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 51-70.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. Introdução: trabalho em equipe - a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. In: _____. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 9-17.

PRZEWORSKI, A. Reforma do Estado: responsabilidade política e intervenção econômica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** São Paulo, n. 32, p. 18-40, 1996.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIETRA, R. de C. P. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro**. 1999. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

ROZA, J. R.; RODRIGUES, V. de A. O Programa de Saúde da Família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, v. 1. p. 59-73.

SANTANA, J. P. de. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001. p. 219-233.

SEMINÁRIO DE ATUALIZAÇÃO EM SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. 5., 2004, São Paulo **[Palestra]**. A Política Nacional Integrada de Saúde e Segurança no Trabalho e a situação dos Trabalhadores Informais. Painel 7- Novidades na Legislação, em 31/3/2004.

SIQUEIRA NETO, J. F. Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil. In: **Crise e trabalho no Brasil moderno ou volta ao passado?** São Paulo: Scritta, 1996, p. 327-344.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: MS/UNESCO, 2002.

TAVARES, M. C.; FIORI, J. C. **Desajuste Global**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A. de. **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. p. 443-454, mar./abr. 2007.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **Projeto de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS na Região de São Pedro**. Vitória, 2001.

_____. **Plano municipal de saúde: gestão 2005/2009**. Vitória, 2005.

_____. **Decreto n.º 12.632**, de 13 de janeiro de 2006. Estabelece a forma de organização e regulamenta o funcionamento das unidades administrativas da Secretaria de Saúde. Vitória, 13 jan. 2006a. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/resultado.cfm>>. Acesso em: 5 mai. 2008.

_____. **Lei n.º 6.753**, de 16 de novembro de 2006. Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Profissionais de Saúde do Município de Vitória. Vitória, 16 nov. 2006b. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/resultado.cfm>>. Acesso em: 5 mai. 2008.

_____. **Lei n.º 6.819**, de 21 de dezembro de 2006. Institui gratificações no âmbito da Secretaria de Saúde e dá outras providências. Vitória, 21 dez. 2006c. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/resultado.cfm>>. Acesso em: 5 mai. 2008.

_____. **Relatório de gestão 2006**. Vitória, 2007a.

_____. **Quadro demonstrativo populacional**. Vitória, 2007b.

_____. **Plano de ação 2008** - eixo estratégico: atenção básica. Vitória, 2008a.

_____. **Relatório de gestão 2006**. Vitória, 2006d. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.asp>>. Acesso em 1 mar. 2008.

_____. **Mesa municipal de negociação permanente** – SUS Vitória. Vitória. [s.d]
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.asp>>. Acesso em: 1 mar. 2008b.

_____. **Concursos públicos:** editais de concursos públicos. Vitória. [s.d].
Disponível em:<<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/administracao/concurso/publeditais.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2008c.

_____. **Prestação de contas do 4º trimestre e consolidado de 2007.** [s.d].
Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.asp>>. Acesso em 20 mar. 2008d.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-695, 2007.

YAZBEK, M. C. Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 19, n. 56, p. 50-59, mar. 1998.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SUJEITOS DA PESQUISA

Autorizo a utilização das informações fornecidas por mim, para a realização da pesquisa “TRABALHADORES DE SAÚDE NO SUS E RELAÇÕES DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” (título provisório), que tem por objetivo identificar as estratégias adotadas pelo município de Vitória para fazer frente ao processo de desprecarização dos vínculos de trabalho nas equipes de saúde da família, bem como analisar o significado das possíveis mudanças no processo de trabalho dos médicos e enfermeiros da ESF. Autorizo ainda, a utilização das informações para publicações futuras.

Tenho conhecimento do caráter científico do estudo proposto, que é requisito para obtenção do grau de Mestre, da mestranda Karina Daleprani Espindula, do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação da Professora Doutora Rita de Cássia Duarte Lima, que não haverá identificação pessoal e que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora.

Vitória, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do (a) participante pesquisa

CI: _____ Tel. Contato: _____

Karina Daleprani Espindula

Telefones: 9949-7499/3319-3757

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DE SAÚDE

Data da entrevista: ____/____/2007

DADOS DO PROFISSIONAL

Identificação: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Formação: _____ Tempo de Formação: _____

Especialização e/ou Pós: _____

Cargo/Função: _____ Tipo de Vínculo: _____

Tempo de atuação na ESF neste município _____

DADOS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

1 - Como se deu sua inserção na ESF?

2 - Porque optou em trabalhar na ESF?

3 – O que traz satisfação no trabalho da ESF? E insatisfação?

4 – Se houvesse opção ou oportunidade você sairia da ESF? Por quê? Onde gostaria de trabalhar?

5 – Você tem outro vínculo de trabalho fora da ESF? Onde? Por quê? Em qual horário? O que faz lá?

6 – Fale da relação entre seu vínculo empregatício e o desenvolvimento/ organização de seu processo de trabalho, considerando os pressupostos e diretrizes da ESF (estabelecimento de vínculo com a comunidade, co-responsabilidade, compromisso, centralidade na família e trabalho em equipe).

7 - Você conhece alguma ação da Secretaria Municipal de Saúde para implantar e/ou melhorar a política de gestão do trabalho para o trabalhador do SUS (Concurso Público, Mesa e Negociação Permanente, Roda de Educação Permanente, Plano de desenvolvimento e valorização para os trabalhadores e PCCS).

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 1 - IAD 1

QUESTÃO 02 - Como se deu sua inserção na ESF?

SUJ.	EXPRESSÕES CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS/	ANCORAGEM
01 E	Foi pelo concurso mesmo, eu me formei e não estava trabalhando na área de saúde ainda, aí eu fui fazendo diversos concursos, porque eu não sou daqui, sou de Minas Gerais. Aí eu fiz o concurso aqui em Vitória e passei, foi assim.	Fez concurso público. (D)	Estabilidade
02 E	Olha, primeiro no ano de 2000, foi por contrato, a gente fez um contrato que foi só aquela parte de título e pela ordem de classificação e fui chamado. Depois eu vim no vínculo efetivo, eu já vim da Unidade de São Pedro V, eu estava no bairro da Penha aí eu pedi para voltar para São Pedro V porque eu já tinha mais contato com a comunidade, acabei vindo para cá. Quando nós fizemos o processo seletivo pela Cáritas aí a gente passou por uma entrevista aí deu para avaliar se a pessoa tinha ou não um pouco das características para a saúde da família.	Entrou pelo contrato, depois por concurso público. (E)	Emprego e estabilidade
03 E	Eu iniciei pela Cáritas, mas em fevereiro de 2005 esse vínculo acabou daí eu saí. Depois eu entrei pelo concurso, final de 2005 mesmo eu voltei já concursada. Antes era um contrato, mas eu tinha carteira assinada só que o convênio da Cáritas com a prefeitura é que acabou.	Entrou pelo contrato, depois por concurso público. (E)	Emprego e estabilidade
04 E	Eu passei no concurso em 2001, antes era contrato. Era contratada. Fui contratada por um ano e logo surgiu o Programa Saúde da Família, o concurso, aí eu fiz o concurso.	Entrou pelo contrato, depois por concurso público. (E)	Emprego e estabilidade
05 E	Eu fiz um processo seletivo, minha colocação foi em 100º e aí foram chamando conforme a necessidade até chegar a minha vez. Antes mesmo de eu me formar eu já	Entrou pelo contrato. (F)	Inserção no mercado de trabalho

	trabalhava em Saúde da Família, me formei no dia 28 de setembro de 2001 e no dia 11 de setembro eu já estava trabalhando, antes mesmo de colar grau.		Emprego Insegurança
06 E	Entreí através de concurso para a ESF, logo na implantação. Primeiro era prova de seleção para contrato durante três anos. Agora sou estatutária.	Entrou pelo contrato, depois por concurso público. (E)	Emprego e estabilidade
07 E	É há princípio fui contratada, teve um processo seletivo de contratação, fiquei dois anos contratada depois teve concurso público, eu fiz e continuei, na mesma unidade na época.	Entrou pelo contrato, depois por concurso público. (E)	Emprego e estabilidade
08 E	Pelo concurso público que foi realizado em abril, se não me engano.	Fez concurso público. (D)	Estabilidade
09 E	Contrato, não é? Porque prevaleceram os enfermeiros, que eles tinham vaga, que eles falaram. Foi meu primeiro emprego depois de formada, aí eu entrei como enfermeiro de PSF e não sabia o que era.	Entrou pelo contrato. (F)	Inserção no mercado de trabalho Emprego Insegurança
10 E	Na verdade, desde a faculdade eu sempre gostei. Um ramo que eu decidi seguir, logo que eu me formei teve esse concurso, eu tentei e passei.	Fez concurso público. (D)	Estabilidade
11 E	Através de concurso público.	Fez concurso público. (D)	Estabilidade
12 M	Concurso, concurso.	Fez o concurso público. (D)	Estabilidade
13 M	Por acaso do destino eu aposentei na Marinha por problemas de coluna, eu operei duas vezes e não pude trabalhar em cirurgia geral. E coincidiu em fazer concurso aqui e eu passar, foi o tempo de terminar na Marinha, porque lá é o padrão melhor do que eu tenho atualmente.	Fez o concurso público. (D)	Estabilidade
14 M	Na época foi por seleção, de processo seletivo, na área que teve na época, eu me escrevi, não conhecia bem, mas como eu sempre gostei do serviço público, eu me inscrevi e não sei mais.	Entrou pelo contrato, depois por concurso público. (E)	Emprego e estabilidade

15 M	Na verdade, eu entrei em 2000, quando estava implantando ainda na Unidade de Jardim da Penha. Mas para mim ficou muito mais sobrecarregado por causa do horário, eu acabei saindo antes de completar o contrato. E retornei, não é? Há dois anos, agora em novembro. É, foi mais por contrato mesmo, por necessidade de trabalho. E aí eu fiquei uns anos de contrato e fiz o concurso, eu entrei no concurso e fará um ano em fevereiro.	Entrou pelo contrato, depois por concurso público. (E)	Emprego e estabilidade
16 M	Eu estava na prefeitura da Serra e me inscrevi para um contrato na prefeitura de Vitória, foi em novembro do ano passado que eu comecei. Teve um processo seletivo e eu fui chamada. Na verdade, eu comecei na Unidade de Jesus de Nazaré, em Bento Ferreira.	Entrou pelo contrato. (F)	Inserção no mercado de trabalho Emprego Insegurança
17 M	Eu saí da residência no ano de 2001 e fui trabalhar em Pernambuco em um Programa de Interiorização do Ministério da Saúde, nós trabalhávamos com a ESF. Depois disso, já passei por vários municípios. Com a prefeitura de Vitória foi concurso direto para a saúde da família.	Fez concurso público. (D)	Estabilidade
18 M	Eu vim para cá porque eu sempre me identifiquei com o PSF, eu me formei e já comecei na Estratégia mesmo. Aqui no município foi concurso para Saúde da Família.	Fez o concurso público. (D)	Estabilidade
19 M	Através de concurso, concurso público.	Fez concurso público. (D)	Estabilidade
20 M	Bom primeiro eu passei no processo seletivo não é? Era um contrato de três anos e depois a prefeitura ofereceu o concurso, aí eu fiz a prova, passei e hoje me tornei efetiva, e a prova eu fiz para médico do PSF mesmo.	Entrou pelo contrato, depois por concurso público. (E)	Emprego e estabilidade
21 M	Foi por um processo Seletivo interno, houve um processo de seleção para aqueles que eram estatutários e desejavam participar da Saúde da Família, mas teve uma prova escrita e uma avaliação de títulos para estas pessoas, estes funcionários que gostariam de se transferir. Só que no caso dos médicos, por exemplo, a	Entrou pelo processo seletivo interno e estendeu carga horária. (G)	Aumento de salário

	aceitação foi muito pequena, eu não me lembro bem, acho que de 20 pessoas que fizeram a prova, acho que 9 ou 8 foram aprovados, foram os que migraram de 20 para 40 horas, o restante não conseguiu se classificar.		
22 M	A minha inserção na Estratégia Saúde da Família começou logo depois de formado, quando eu fui trabalhar no interior, no município de Colatina, trabalhei durante quatro meses. Depois trabalhei em Vila Velha na ESF durante dois anos e agora estou aqui em Vitória há 10 meses e o motivo de eu ter vindo para cá é que nos outros municípios era contrato e aqui é concurso. A questão do vínculo.	Fez concurso público. (D)	Estabilidade

E – Enfermeiro

M - Médico

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 2 - IAD 2

QUESTÃO 2: Como se deu sua inserção na ESF?

Fez concurso público.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
1 – Foi Pelo concurso mesmo , eu me formei e não estava trabalhando na área de saúde ainda, aí eu fui fazendo diversos concursos , fiz o concurso aqui em Vitória e passei .	<i>Pelo concurso mesmo, fui fazendo diversos concursos públicos e passei aqui no município. O motivo de eu ter vindo para cá é que nos outros municípios era contrato e aqui é concurso. A questão do vínculo.</i>
8 – Pelo concurso público que foi realizado em abril.	
10 – Logo que eu me formei teve esse concurso , eu tentei e passei.	
11 – Através de concurso público .	
12 – Concurso , concurso.	
13 - Coincidiu em fazer concurso aqui e eu passar.	
17 - Foi concurso direto para a saúde da família.	
18 - Aqui no município foi concurso para Saúde da Família.	
19 - Através de concurso, concurso público .	
22 - A minha inserção na Estratégia Saúde da Família começou logo depois de formado, quando eu fui trabalhar no interior e o motivo de eu ter vindo para cá é que nos outros municípios era contrato e aqui é concurso. A questão do vínculo .	

Entrou pelo contrato.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
6 – Eu fiz um processo seletivo, minha colocação foi em 100 ^o e aí foram chamando conforme a necessidade até chegar a minha vez. 7	<i>Entrei pelo contrato, não é? Eu fiz um processo seletivo e aí foram chamando conforme a necessidade até chegar a minha vez.</i>
8 – Contrato não é? Foi meu primeiro emprego depois de formada, aí eu entrei como enfermeiro de PSF. 9	
16 - Eu estava na prefeitura da Serra e me inscrevi para um contrato na prefeitura de Vitória, foi em novembro do ano passado que eu comecei. Teve um processo seletivo e eu fui chamada.	

Entrou pelo contrato, depois por concurso público.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
2 – Olha, primeiro no ano de 2000, foi por contrato, a gente fez um contrato que foi só aquela parte de título e pela ordem de classificação e fui chamado. Depois quando eu vim no vínculo efetivo. Quando nós fizemos o processo seletivo pela Cáritas aí a gente passou por uma entrevista aí deu para avaliar se a pessoa tinha ou não um pouco das características para a saúde da família.	<i>Olha primeiro no ano de 2000, foi por contrato pela Cáritas, a gente fez um processo seletivo que foi só aquela parte de título, por uma entrevista para avaliar se a pessoa tinha ou não um pouco das características para a saúde da família e pela ordem de classificação e fui chamado. E aí eu fiquei uns anos de contrato. Depois teve concurso público, eu fiz a prova, passei e hoje me tornei efetivo. Agora sou estatutário.</i>
3 – Eu iniciei pela Cáritas, mas em fevereiro de 2005 esse vínculo acabou daí eu saí. Depois eu entrei pelo concurso, final de 2005 mesmo eu voltei já concursada. Antes era um contrato, mas eu tinha carteira assinada só que o convênio da Cáritas com a prefeitura é que acabou.	
4 – Eu passei no concurso em 2001, antes era contrato. Era contratada. Fui contratada por um ano e logo surgiu o Programa Saúde da Família, o concurso, aí eu fiz o concurso.	
6 – Entrei através de concurso para a ESF. Primeiro, era prova de seleção para contrato durante três anos. Agora sou estatutária.	
7 – Há princípio fui contratada, teve um processo seletivo de contratação, fiquei dois anos contratada depois teve concurso público, eu fiz e continuei	

14 - Na época foi por seleção, de processo seletivo, na área que teve na época, eu me escrevi e não sai mais.	
15 - Eu entrei em 2000. É, foi mais por contrato mesmo, por necessidade de trabalho. E aí eu fiquei uns anos de contrato e fiz o concurso, eu entrei no concurso e fará um ano em fevereiro.	
20 - Primeiro eu passei no processo seletivo não é? Era um contrato de três anos e depois a prefeitura ofereceu o concurso, aí eu fiz a prova, passei e hoje me tornei efetiva, e a prova eu fiz para médico do PSF mesmo.	

Entrou pelo processo seletivo interno e estendeu carga horária.

EXPRESSÕES - CHAVE	DSC
<p>21 - Foi por um processo Seletivo interno, houve um processo de seleção para aqueles que eram estatutários e desejavam participar da Saúde da Família, estes funcionários que gostariam de se transferir.</p> <p>De 20 pessoas que fizeram a prova, acho que 09 ou 08 foram aprovados, foram os que migraram de 20 para 40 horas, o restante não conseguiu se classificar.</p>	<p><i>Foi por um processo seletivo interno, houve um processo de seleção para aqueles que eram estatutários e desejavam participar da Saúde da Família, estes funcionários que gostariam de se transferir. Foram os que migraram de 20 para 40 horas.</i></p>

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 27 de setembro de 2007

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof^a. Dr^a Rita de Cássia Duarte Lima
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Trabalhadores de saúde no SUS: Os dilemas da flexibilização das relações de trabalho na Estratégia Saúde da Família”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, N^o Registro no CEP-074/07, intitulado: **“Trabalhadores de saúde no SUS: Os dilemas da flexibilização das relações de trabalho na Estratégia Saúde da Família”** e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 26 de setembro de 2007.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n^o 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.


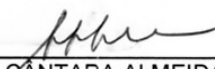
Atenciosamente,


Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro Biomédico / UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO I

	PREFEITURA DE VITÓRIA	COMUNICAÇÃO INTERNA			
Número	Origem	Destino	Data	Emitida por	Recebida por
396/ 2007	SEMUS / GFDS	SEMUS/	24/10/07	CES	
Resumo do Assunto					
Projeto de Pesquisa					
Texto					
<p>Prezado(a) Diretor(a),</p> <p>O Projeto de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), intitulado "Trabalhadores de saúde no SUS: os dilemas da flexibilização das relações de trabalho na Estratégia de Saúde da Família" de autoria de Karina Daleprani Espindula, sob orientação do Profª Drª Rita de Cássia Duarte Lima, foi aprovado para sua realização. Ressaltamos que a pesquisadora foi orientada que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria.</p> <p>Solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada por Vossa Senhoria, e que a pesquisa seja viabilizada neste serviço.</p> <p>Atenciosamente,</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>JOSEMAN DE ALCANTARA ALMEIDA COSTA GERENTE DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE</p> </div>					

ANEXO C

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO II

SESA / IESP /
RECEBIDO EM 29/05/2007
RESPONSÁVEL

À MESTRANDA KARINA DALEPRANI ESPINDOLA

CONSIDERANDO QUE A PESQUISA CERTAMENTE CONTRIBUIRÁ PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, TOMANDO CIÊNCIA E COLOCANDO AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS À DISPOSIÇÃO

Em 06/05/2007

Karina C. Posan

Secretaria Estadual de Saúde
Coordenação de Atenção
Primária - APS